

## Zusatzfragebogen

als Ergänzung zum Antrag/ zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom: \_\_\_\_\_  
(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag/ in der Anmeldung  
bzw. in der Angebotsanforderung)

## Gynäkologische Erkrankungen

**Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag.**

**Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.**

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> auffälliger Abstrich | <input type="checkbox"/> Gebärmutter(hals)krebs   |
| <input type="checkbox"/> Blutungsstörungen    | <input type="checkbox"/> HPV-Infektion            |
| <input type="checkbox"/> Brustknoten          | <input type="checkbox"/> Mastopathie              |
| <input type="checkbox"/> Brustkrebs           | <input type="checkbox"/> Myome                    |
| <input type="checkbox"/> Brustzyste(n)        | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Cervixdysplasie      | <input type="checkbox"/> PAP III bis PAP V        |
| <input type="checkbox"/> Eierstockzyste(n)    | <input type="checkbox"/> PCO-Syndrom              |
| <input type="checkbox"/> Endometriose         | <input type="checkbox"/> Unterleibskrebs          |
| <input type="checkbox"/> Feigwarzen           | <input type="checkbox"/> Zyklusstörungen          |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche?    |   |

War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?

ja     nein    Wenn „ja“, von wann - bis wann? \_\_\_\_\_

**Bitte überlassen Sie uns eine Kopie des Entlassungsberichtes!**

Wurden Sie operiert?

ja     nein    Wenn „ja“, woran? \_\_\_\_\_

Erfolgte eine Gebärmutterentfernung und/oder Eierstockentfernung?

ja     nein    Wenn „ja“, wann? \_\_\_\_\_

Gebärmutterentfernung

Grund/Ursache für die Entfernung:

Zysten

Myome

Verwachsungen

Endometriose

Sonstige, welche? \_\_\_\_\_

Eierstockentfernung

einseitig     beidseitig

Ausprägung?

gutartig     bösartig

Behandlungsweise/ Therapie:

Chemotherapie

Zytostatika

Bestrahlung

Medikamente    Name und Dosierung? \_\_\_\_\_

Sonstige, welche? \_\_\_\_\_

Ist eine Hormontherapie erforderlich?

ja     nein

Ist weitere Therapie (z.B. Osteoporoseprophylaxe) oder sind weitere Untersuchungen bzw. Kontrollen erforderlich?

ja     nein

Wenn „ja“, was ist erforderlich? \_\_\_\_\_

Zeitabstände der Kontrolluntersuchungen? \_\_\_\_\_ pro Jahr

Wann fand die letzte Krebsvorsorge-  
untersuchung statt? \_\_\_\_\_

Mit welchem Befund?  PAP I bis PAP II  PAP III  PAP IV  PAP V

Liegt eine HPV-Infektion vor?  ja  nein

Hatten Sie Fehlgeburten?  ja  nein  
Wenn „ja“, Anzahl?  eine  zwei  drei  mehr als drei  
Wann?

---

Liegt eine Sterilität/ Infertilität vor?  ja  nein

Wenn „ja“, besteht Kinderwunsch?  ja  nein

Wurde bereits eine Kinderwunsch-  
behandlung durchgeführt?  ja  nein

Liegt/Liegen Ovarialzyste(n) vor?  ja  nein

Hat/Haben sich diese zurückgebildet?  ja  nein

Erfolgte eine Punktion?  ja  nein

Erfolgte eine Operation?  ja  nein

Liegen Entzündungen, Zysten oder  
Verhärtungen der Brust vor?  ja  nein

Wenn „ja“, um welche Art von Veränderungen handelt es sich?

---

Wurde eine Mammographie durchgeführt?  ja  nein

Wenn „ja“, mit welchem Ergebnis?

---

**Bitte überlassen Sie uns eine Kopie der Behandlungs- und Befundberichte!**

Wurde eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt?

ja  nein

Brust  Gebärmutter, Eierstöcke

Wenn „ja“, mit welchem Ergebnis?

---

**Bitte überlassen Sie uns eine Kopie der Behandlungs- und Befundberichte!**

Wann waren Sie zuletzt in Behandlung? \_\_\_\_\_

Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?

ja  nein

Wenn „ja“, seit wann? \_\_\_\_\_

Wenn „nein“, welche Beschwerden bestehen? \_\_\_\_\_

Welcher Arzt kann Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller/ Anmeldenden bzw. Interessenten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hinweis:** Bitte überlassen Sie uns für kurze Zeit (möglichst in Kopie) die Ihnen vorliegenden Entlassungs- und Untersuchungs- sowie Behandlungs- und Befundberichte.

### Erklärung

Die gemachten Angaben zu den Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich alleinverantwortlich, auch wenn ich die Erklärung nicht selbst ausgefüllt habe. Die Hinweise auf die „Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag habe ich beachtet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten