

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