

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)

Ohrenerkrankungen/ Schwerhörigkeit

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"/> Hörsturz | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Otitis media (Mittelohrentzündung) |
| <input type="checkbox"/> Morbus Meniere | <input type="checkbox"/> Akustikusneurinom |
| <input type="checkbox"/> Loch im Trommelfell | <input type="checkbox"/> Labyrinthkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Paukenerguss | <input type="checkbox"/> Otosklerose |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | <input type="checkbox"/> Cholesteatom |

Welche Beschwerden haben Sie?

(z.B. Ohrgeräusche, Drehschwindel, Schwindelanfälle, Schmerzen, Hörstörungen, Schwerhörigkeit)

Wann treten bzw. traten die Beschwerden auf?

erstmalig? _____ zuletzt? _____

Wie oft treten die Beschwerden im Durchschnitt auf?

_____ mal/ Tag _____ mal/ Monat _____ mal/ Jahr

Liegt eine Grunderkrankung bzw. Ursache vor? ja nein

Wenn „ja“, welche?

Besteht ein Loch im Trommelfell? ja nein

Besteht eine Schwerhörigkeit? ja nein

Bitte Befund des letzten Hörtestes beilegen!

Tragen Sie ein Hörgerät? ja nein

Wenn „ja“, einseitig beidseitig

Hörminderung in Dezibel (dB)? dB rechts: _____

dB links: _____

Hat sich die Schwerhörigkeit seit
Feststellung verschlechtert?

ja nein

Bitte Audiogramme beilegen!

Tragen Sie ein Cochlear-Implantat
(elektronische Prothese zur Korrektur
der Innenohrschwerhörigkeit)?

ja nein

Liegt eine Sprachstörung vor?

ja nein

Wenn „ja“, erfolgt eine Therapie
(z.B. Sprach- oder Hörschule)?

ja nein

Art der Therapie?

Tinnitus (Ohrgeräusche):

Sind die Ohrgeräusche noch vorhanden?

ja, dauernd

nein, seit _____ nicht mehr

ja, gelegentlich: wie oft im Jahr? _____ mal/ Jahr

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt?

Computer-, Kernspintomographie wann? _____ wie oft? _____

Hörtest wann? _____ wie oft? _____

Sonstige, welche? wann? _____ wie oft? _____

Wie lauten die Befunde, Untersuchungsergebnisse?

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

Welche Behandlungsweisen/ Therapien sind bisher erfolgt?

- Infusionen von - bis? _____
- Psychotherapie von - bis? _____
- Tinnitus-Retraining-Therapie von - bis? _____
- Tinnitus-Masker von - bis? _____
- Tinnitus-Control-Instrument von - bis? _____
- Medikamentöse Therapie von - bis? _____
Name des Medikaments? - Dosierung? _____

Sonstige, welche? _____

Sind weitere diagnostische und/oder
therapeutische Maßnahmen notwendig,
angeraten oder beabsichtigt? ja nein

Wenn „ja“, welche? _____

Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei? ja nein

Wenn „ja“, seit wann? _____

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