

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)

Erkrankungen der männlichen Genitalorgane

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"/> Prostatahyperplasie | <input type="checkbox"/> Prostataentzündung, Prostatitis |
| <input type="checkbox"/> Prostatatumor | <input type="checkbox"/> Hodenentzündung, Orchitis |
| <input type="checkbox"/> Nebenhodenentzündung, Epididymitis | <input type="checkbox"/> Nebenhodentumor |
| <input type="checkbox"/> Hodentorsion | <input type="checkbox"/> Hodentumor |
| <input type="checkbox"/> Hydrozele | <input type="checkbox"/> Spermatozele |
| <input type="checkbox"/> Hodenhochstand, Kryptorchismus | <input type="checkbox"/> Vorhautentzündung, Balanitis |
| <input type="checkbox"/> Vorhauthypertrophie | <input type="checkbox"/> Vorhautverengung, Phimose |
| <input type="checkbox"/> Penistumor | <input type="checkbox"/> Sterilität |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | |

Liegt eine Grunderkrankung bzw. Ursache vor? ja nein

Wenn „ja“, welche?

Handelt/e es sich um ein gut- oder bösartiges Krankheitsgeschehen?

gutartig bösartig

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

Wann treten bzw. traten die Beschwerden auf?

erstmals? _____ zuletzt? _____

Wie oft treten die Beschwerden im Durchschnitt auf?

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

Die Erkrankung trat wie oft auf?

einmalig von: _____ bis: _____

wiederholt von: _____ bis: _____ Wann zuletzt: _____

dauernd von: _____ bis: _____

Welcher Erkrankungsverlauf liegt vor? akut chronisch

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

Ultraschalluntersuchung (Sonographie) wann? _____

Röntgenuntersuchung wann? _____

Laboruntersuchung wann? _____

Sonstige, welche? wann? _____

Befunde, Untersuchungsergebnisse?

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

Welche Behandlungsweisen/ Therapien sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

medikamentöse Therapie, Name? - Dosierung? von - bis? _____

Operation, welche? wann? _____

Sonstige, welche? von - bis? _____

Bestehen Folgeerkrankungen?

ja nein

Wenn „ja“, welche?

Sind noch Kontrolluntersuchungen
erforderlich?

ja nein

Wenn „ja“, wie oft?

_____ mal/ Jahr

Wann waren Sie zuletzt in Behandlung?

wann zuletzt? _____

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

ja nein

Wenn „ja“, welche?

