

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)

Zuname

Versicherungsnummer

Vorname

Geburtsdatum

Augenerkrankungen

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

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- | | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung | <input type="checkbox"/> Katarakt (grauer Star) |
| <input type="checkbox"/> Myopie (Kurzsichtigkeit) | <input type="checkbox"/> Keratokouns |
| <input type="checkbox"/> Hyperopie (Weitsichtigkeit) | <input type="checkbox"/> Netzhautdegeneration (Risse, Löcher, Ablösung) |
| <input type="checkbox"/> Glaukom (grüner Star) | <input type="checkbox"/> Makuladegeneration |
| <input type="checkbox"/> Gerstenkorn | <input type="checkbox"/> Regenbogenhautentzündung (Iritis) |
| <input type="checkbox"/> Hornhautverkrümmung | <input type="checkbox"/> Schielen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | |

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? ja nein

Wenn »ja«, bitte Dioptrienwerte angeben? rechtes Auge: _____ dpt linkes Auge: _____ dpt

Sind beide Augen erkrankt? ja nein
 nur rechtes Auge nur linkes Auge

Wie wurden Sie behandelt? (z.B. bei Augentropfen: Name, Dosierung; Laserbehandlung, Operation)

Genaue Bezeichnung des Medikaments, der Augentropfen etc. und dessen Dosierung?

Augentropfen Name: _____

Dosierung: täglich (_____mal/Tag) wöchentlich (_____mal/Monat)

ca. _____mal/Jahr

Medikamente Name: _____

Dosierung: täglich (_____mal/Tag) wöchentlich (_____mal/Monat)

ca. _____mal/Jahr

Welche therapeutischen Maßnahmen wurden durchgeführt?

Korrekturgläser

Laserbehandlung wann? _____ welches Auge? _____

Operation wann? _____ welches Auge? _____

Sonstige, welche?

Welche diagnostischen Maßnahmen wurden durchgeführt?

Augenuntersuchung

Spaltlampenuntersuchung

Augeninnendruckmessung

Optische Kohärenztomographie

Sehtest

HRT-Untersuchung

Sonstige, welche?

Befunde, Untersuchungsergebnisse?

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

Liegt eine Ursache bzw. Grunderkrankung vor? ja nein

Wenn »ja«, welche? (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Diabetes mellitus, Rheuma)

Sind Kontrolluntersuchungen erforderlich? ja nein

Wenn »ja«, wie oft? _____ pro Jahr

Wurden Sie bereits operiert? ja nein

Wenn »ja«, an beiden Augen? ja nein, nur rechts nur links

Operationsart? (z.B. künstliche Linse, Laserbehandlung)

War die Operation erfolgreich? ja nein

Sind Sie jetzt vollkommen beschwerdefrei? ja nein

Wenn »nein«, welche Beschwerden haben Sie noch?

Sofern eine Laserbehandlung durchgeführt worden ist, bitte Dioptrienwerte vor und nach der Laserbehandlung angeben:

Dioptrienwerte **vor** der Laserbehandlung? rechtes Auge: _____ dpt linkes Auge: _____ dpt

Dioptrienwerte **nach** der Laserbehandlung? rechtes Auge: _____ dpt linkes Auge: _____ dpt

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

Wenn »ja«, welche?

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