

## 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
--------------

## Gynäkologische Erkrankungen

**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"/> 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, Eierstockentfernung oder eine Totalentfernung?

ja  nein

Wenn »ja«, wann? \_\_\_\_\_

Gebärmutterentfernung

Grund/Ursache für die Entfernung:

Zysten

Eierstockentfernung

Myome

einseitig  beidseitig

Verwachsungen

Endometriose

Totalentfernung

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

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 sich/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. Ich weiß, dass ich bei Verletzung dieser Pflichten meinen Versicherungsschutz gefährde bzw. kein annahmefähiges Angebot erstellt werden kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten