

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)

Nieren- und Harnwegserkrankungen

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"/> Harnblasenentzündung | <input type="checkbox"/> Harnröhrentzündung |
| <input type="checkbox"/> Harnleiterentzündung | <input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Nierenentzündung | <input type="checkbox"/> Nierensteine |
| <input type="checkbox"/> Harnblasensteine | <input type="checkbox"/> Harnröhrensteine |
| <input type="checkbox"/> Harnleitersteine | <input type="checkbox"/> Senkniere |
| <input type="checkbox"/> Schrumpfniere | <input type="checkbox"/> Harnstauungsniere |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | |

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Harndrang |
| <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen | <input type="checkbox"/> unfreiwilliger Urinverlust |
| <input type="checkbox"/> Harnverhalten | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> abgeschwächter Harnstrahl | <input type="checkbox"/> verzögerter Beginn des Wasserlassens |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | <input type="checkbox"/> Blut im Urin |
-

Wann treten bzw. traten die Beschwerden auf?

erstmalig? _____ zuletzt? _____

Wie oft treten die Beschwerden im Durchschnitt auf?

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

Besteht eine der folgenden Erkrankungen/ Störungen?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zysten | <input type="checkbox"/> Einzelniere | <input type="checkbox"/> Doppelnieren |
| <input type="checkbox"/> Abflussbehinderungen | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> keine der genannten |

Die Erkrankung trat wie oft auf?

- | | | | |
|-------------------------------------|------------|------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> einmalig | von: _____ | bis: _____ | |
| <input type="checkbox"/> wiederholt | von: _____ | bis: _____ | Wann zuletzt: _____ |
| <input type="checkbox"/> dauernd | von: _____ | bis: _____ | |

Welcher Erkrankungsverlauf liegt vor?

- akut chronisch

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

- Ultraschalluntersuchung (Sonographie) wann? _____
- Urographie (Röntgenkontrastuntersuchung) 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? _____
-

Besteht/ bestand ein Steinleiden?

ja nein

Steine oder Grieß noch vorhanden?

ja nein

Wenn „nein“, Art der Entfernung?

- Operation wann? _____
- Zertrümmerung wann? _____
- medikamentöse Auflösung wann? _____
- natürlicher Abgang wann? _____
- Sonstige, welche? wann? _____
-

Erfolgt eine Steinprophylaxe?

ja nein

Welche Ursache bzw. Grunderkrankung liegt vor?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fehlbildung | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Steine | <input type="checkbox"/> Infektionen (z.B. Streptokokkeninfektion) |
| <input type="checkbox"/> Verletzung durch Unfall | <input type="checkbox"/> toxische Einflüsse |
| <input type="checkbox"/> Kollagenkrankheit | <input type="checkbox"/> autoimmunologische Mechanismen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | <input type="checkbox"/> allergische Reaktion |

Sind beide Nieren voll funktionsfähig?

ja nein

Bei Einzelniere:

Hat die verbleibende Niere die volle Funktion übernommen?

ja nein

Bitte Befund mit aktuellen Kreatinin- und Harnwerten einreichen

Bestehen Folgeerkrankungen wie z.B. renale Hypertonie?
Wenn „ja“, welche?

ja nein

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?
