

Augenerkrankungen / Sehstörungen

Antragsteller: Vorname, Name

Geburtsdatum

Antrag vom

Versicherte Person: Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungs-/Antrags-Nummer

Alle nachfolgenden Fragen und Erklärungen beziehen sich auf die in dieser Zusatzklärung genannte Erkrankung, sofern nicht ausdrücklich eine andere Erkrankung genannt wird.

1. Unter welcher Sehstörung leiden oder litten Sie?

Seit wann und wie lange?

2. Welche Diagnose nannte der Arzt?

3. Was ist die Ursache der Erkrankung?

- angeboren
- unfallbedingt
- nicht bekannt
- Folge einer anderen Erkrankung (z.B. Diabetes, Bluthochdruck)

4. Besteht die Augenerkrankung / Sehstörung

- links
- rechts
- beidseitig

5. Besteht eine Herabsetzung des Sehvermögens?

- nein
- ja, Sehinderung links
- Sehinderung rechts

%	%
---	---

6. Name und Anschrift des behandelnden Arztes?

7. Fanden Krankenhaus- oder Kuraufenthalte statt?

- nein
- ja, wann und wie lange? Name und Anschrift der Klinik.

8. Welche Untersuchung/en wurde/n bei Ihnen durchgeführt? Wann und mit welchem Ergebnis?

Untersuchung der Sehschärfe (Visus) ohne Korrektur

Datum	links	rechts
-------	-------	--------

Untersuchung der Sehschärfe (Visus) mit Korrektur

Datum	links	rechts
-------	-------	--------

Messung des Augeninnendrucks

Datum	Ergebnis
-------	----------

Untersuchung des Gesichtsfelds

Datum	Ergebnis
-------	----------

Untersuchung des Augenhintergrunds

Datum	Ergebnis
-------	----------

Blutdruckmessung

Datum	Ergebnis
	syst. / diast.

Blutzuckerkontrolle (aktueller Laborwert)

Datum	Ergebnis
-------	----------

Andere Untersuchung/en

Bezeichnung	
Datum	Ergebnis

9. Wie wurde / wird behandelt?

- keine Behandlung
- Korrekturgläser (Brille / Kontaktlinsen)
- Augentropfen, Medikamente (Bitte Namen u. Dosierung angeben)

Operation (Wann, welche und mit welchem Ergebnis?)

	<input type="checkbox"/> links
	<input type="checkbox"/> rechts
	<input type="checkbox"/> beidseitig

Wurde der Krankheitszustand durch die Operation behoben?

- nein
- ja

10. Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?

Sind weitere Behandlungen angeraten oder vorgesehen?

- nein
- ja, welche?

Bestehen noch Beschwerden/Folgen?

- nein
- ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?

- keine
- (Bitte Namen und Dosierung angeben)

11. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben?

Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben.

Erklärung

Die Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet worden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen vorgenannten Fragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort, Datum	Unterschrift