

8. Wie lautet der Befund der letzten gynäkologischen Untersuchung?

Bitte reichen Sie ggf. eine Kopie des Befundberichtes ein.

9. Sind aufgrund der Erkrankung regelmäßige Kontrolluntersuchungen erforderlich? Wenn ja, in welchen Abständen?

nein ja

10. Besteht Beschwerdefreiheit?

nein ja, seit

Besteht Behandlungsfreiheit?

nein ja, seit

Welche Behandlungen sind noch angeraten?

11. Welche Folgen bestehen noch?

- Inkontinenz
- vegetative / psychische Beschwerden
- unerfüllter Kinderwunsch / Fertilitätsstörungen
- Sterilität
- unregelmäßige Monatsblutung
- Schmerzen
- Krämpfe
- Sonstiges:

12. Wie lange und wann bestand Arbeitsunfähigkeit?

13. Bitte geben Sie Größe und Gewicht an.

14. zusätzliche Anmerkungen / weitere Infos / Sonstiges:

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Angaben. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich gegenüber dem Vermittler keine weiteren mündlichen oder schriftlichen Angaben gemacht.

Unterschrift der zu versichernden Person o. des gesetzl. Vertreters

Ort

Datum

