INTER Krankenversicherung AG
Direktion · Erzbergerstraße 9-15 · 68165 Mannheim

Fragebogen Nieren- und Harnwegserkrankungen

Zur Krankenversicherung

VS-Nummer: _____ Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Bitte geben Sie sämtliche Umstände an, auch wenn Sie ihnen nur geringfügige Bedeutung beimessen. Wenn Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Benötigen Sie Unterstützung? Wir sind gerne für Sie da: von Montag bis Freitag, 8:00 Uhr – 18:00 Uhr unter unserer Servicenummer 0621/427-4000.

FRAGEN	ANTWORTEN
1. Wie lautet die genaue Diagnose der Erkrankung?	_____
Welche Ursache konnte ggf. abgeklärt werden?	_____
2. Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung bzw. hatten Sie Beschwerden?	_____
Wie häufig tritt die Erkrankung auf?	_____
3. Bitte nennen Sie uns die letzten beiden Laborbefunde folgender Blutwerte (bitte ggf. beim Arzt erfragen oder Laborblätter beifügen):	Datum: _____ und _____ Kreatinin: _____ _____ Harnstoff: _____ _____ Harnsäure: _____ _____ Clearance: _____ _____ Blutzucker: _____ _____
4. Bitte nennen Sie uns die letzten 3 Blutdruckwerte:	Blutdruck / Datum / Unter Medikation? _____ / _____ _____ ☐ nein ☐ ja _____ / _____ _____ ☐ nein ☐ ja _____ / _____ _____ ☐ nein ☐ ja
5. Welche weiteren Untersuchungen wie z. B. Ultraschall wurden durchgeführt? **Bitte reichen Sie eine Kopie des Befundberichtes ein.**	_____
Wann und mit welchem Ergebnis wurde Ihr Urin kontrolliert?	_____
6. Ist die Nierenfunktion beeinträchtigt?	☐ nein ☐ ja

7. Wie werden/wurden Sie behandelt?

Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine Operation vorgesehen? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wann und Art der Operation?

Bitte reichen Sie ggf. eine Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes ein.

Sind noch Steine vorhanden? ☐ nein ☐ ja

8. Welche Medikamente nahmen/nehmen Sie ein?

Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung, die Dosis und die Einnahmezeiträume an.

9. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden, die auf die Erkrankung zurückzuführen sind? Wenn ja, welche? ☐ nein ☐ ja

Sind weitere Behandlungen geplant? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

10. In welchen Abständen finden ggf. Kontrolluntersuchungen statt?

11. Besteht Beschwerdefreiheit? ☐ nein ☐ ja, seit

Besteht Behandlungsfreiheit? ☐ nein ☐ ja, seit

12. Wie lange und wann bestand Arbeitsunfähigkeit?

13. 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.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person o. des gesetzl. Vertreters

* 3 5 0 0 0 *