

## Fragebogen Ohrenerkrankungen

Zur Versicherung

Versicherungs-Nr. / Partner-Nr.

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?	<div><input type="checkbox"/> Taubheit</div> <div><input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit</div> <div><input type="checkbox"/> Tinnitus</div> <div><input type="checkbox"/> Hörsturz</div> <div><input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/></div> <div><input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits</div> <div><input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung / Otitis media</div> <div><input type="checkbox"/> Morbus Meniere</div> <div><input type="checkbox"/> Otosklerose</div> <div><input type="checkbox"/> Gehörgangsstenose</div>
Welche Seite ist betroffen?	
2. Welche Ursache konnte ggf. abgeklärt werden (z. B. Infektion, Durchblutungsstörungen, Stress, neurologischer Hintergrund etc.)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Mit welcher Häufigkeit ist die Erkrankung aufgetreten? Handelt es sich um eine akute oder chronische Erkrankung?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Welche Untersuchungen (z. B. Audiometrie usw.) wurden durchgeführt? Wie lautet das Ergebnis? <b>Bitte reichen Sie ggf. eine Kopie des Befundberichtes ein.</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung bzw. hatten Sie Beschwerden?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Besteht eine Durchlöcherung des Trommelfells? Ist der Hörnerv noch intakt? Besteht eine Herabsetzung des Hörvermögens? Wenn ja, ist diese konstant oder hat sie sich verschlechtert?	<div><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</div> <div><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</div> <div><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</div> <div><input type="text"/></div>
7. Wie wurden/werden Sie behandelt?	<div><input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Infusionen <input type="checkbox"/> Hochdruckkammer</div> <div><input type="checkbox"/> Paukenröhrchen, noch vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</div> <div>folg. Medikamente: <input type="text"/></div> <div>Dosis: <input type="text"/></div> <div>Einnahmezeitraum: <input type="text"/></div> <div><input type="checkbox"/> Tympanoplastik</div> <div><input type="checkbox"/> sonst. OP, welche? <input type="text"/></div> <div><input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/></div>

8. Wie lange / wie häufig wurden Sie behandelt?

Ist die Behandlung abgeschlossen?

Sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen erforderlich?

Wenn ja, in welchen Abständen?

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

9. Welche Folgen oder Beschwerden bestehen noch  
(z. B. Ohrgeräusche, Schwindel, Schmerzen, Hörverlust etc.)?

Besteht eine psychische Belastung?

☐ nein ☐ ja

10. Besteht Beschwerdefreiheit?

Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit

☐ nein ☐ ja, seit

11. Wie lange und wann bestand Arbeitsunfähigkeit?

12. Wurden Kuren, Heilverfahren, Reha-Maßnahmen durchgeführt oder  
angeraten?

Wenn ja, wann, über welchen Zeitraum und mit welchem Ergebnis?

**Bitte reichen Sie eine Kopie des Kurberichtes ein.**

☐ nein ☐ ja

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.

Unterschrift der zu versichernden Person o. des gesetzl. Vertreters

Ort

Datum

