

## 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 beimesse. 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?

- Taubheit       Mittelohrentzündung / Otitis media  
 Schwerhörigkeit       Morbus Meniere  
 Tinnitus       Otosklerose  
 Hörsturz       Gehörgangsstenose  
 Sonstiges:   
 rechts       links       beidseits

Welche Seite ist betroffen?

2. Welche Ursache konnte ggf. abgeklärt werden (z. B. Infektion, Durchblutungsstörungen, Stress, neurologischer Hintergrund etc.)?

  
  

3. Mit welcher Häufigkeit ist die Erkrankung aufgetreten?

Handelt es sich um eine akute oder chronische Erkrankung?

  
  

4. Welche Untersuchungen (z. B. Audiometrie usw.) wurden durchgeführt?

Wie lautet das Ergebnis?

**Bitte reichen Sie ggf. eine Kopie des Befundberichtes ein.**

  
  

5. Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung bzw. hatten Sie Beschwerden?

  
  

6. Besteht eine Durchlöcherung des Trommelfells?

- nein       ja

Ist der Hörnerv noch intakt?

- nein       ja

Besteht eine Herabsetzung des Hörvermögens?

- nein       ja

Wenn ja, ist diese konstant oder hat sie sich verschlechtert?

7. Wie wurden/werden Sie behandelt?

- Hörgerät       Infusionen       Hochdruckkammer

Paukenröhren, noch vorhanden?  ja       nein

folg. Medikamente:

Dosis:

Einnahmezeitraum:

- Tympanoplastik

sonst. OP, welche?

Sonstiges:

**FRAGEN****ANTWORTEN**

8. Wie lange / wie häufig wurden Sie behandelt?

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Ist die Behandlung abgeschlossen?

 nein  ja

Sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen erforderlich?

 nein  ja

Wenn ja, in welchen Abständen?

[Redacted]

[Redacted]

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

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Besteht eine psychische Belastung?

 nein  ja

10. Besteht Beschwerdefreiheit?

 nein  ja, seit

Besteht Behandlungsfreiheit?

 nein  ja, seit

11. Wie lange und wann bestand Arbeitsunfähigkeit?

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

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

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

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

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

13. zusätzliche Anmerkungen/weitere Infos/Sonstiges:

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

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

[Redacted]

Datum

[Redacted]

[Redacted]



\* 3 5 0 0 0 \*