

Ergänzungsbogen PKV, Leben & BU

Gehörerkrankung

Kunde _____

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet (z. B. Menieresche Erkrankung, Labyrinthkrankheit, Tinnitus, Hörsturz, Schwerhörigkeit, Taubheit)?

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie (z. B. Hörstörung, Ohrgeräusche)?

Wann und wie kam es zu der Gehörerkrankung?

Tragen Sie ein Hörgerät? ja nein

Besteht eine Durchlöcherung des Trommelfells? ja nein

Ist der Hörnerv intakt? ja nein

Litten bzw. leiden Sie an Schwindelanfällen? ja nein

Wenn ja, wann zuletzt? _____

Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

Wie wurde behandelt?

Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein

Welche? _____ Seit wann nicht mehr? _____

Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Hauterkrankungen

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)?

An welchen Körperstellen ist die Hauterkrankung aufgetreten?

In welchem Umfang (Größe der Flächen)?

Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

Wie wurde behandelt (z. B. Medikamente, Salben, welche, Bestrahlung)?

Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein

Welche? _____ Seit wann nicht mehr? _____

Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Herz-, Blutgefäß- und Kreislauferkrankungen

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Welche Beschwerden/Symptome hatten bzw. haben Sie (z. B. Herzrasen, Atemnot, Herzschmerzen, Schwindel oder Gefühlsstörungen in den Armen, Beinen)?

Wann und wie lange traten sie auf?

Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

Wie wurde bzw. wird behandelt? (Bei Medikamenten bitte Namen und Dosierung angeben.)

Sind Sie Raucher? ja nein

Bitte fügen Sie – wenn vorhanden – die letzten Blut-/Laborbefunde bei.

Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein

Welche? _____ Seit wann nicht mehr? _____

Ergebnis und Zeitpunkt der letzten Blutdruckmessung:

Ohne Medikamenteneinnahme Wann? _____

Mit Medikamenteneinnahme Wann? _____

Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Mit meiner Unterschrift erkläre ich verbindlich und widerruflich: Ich entbinde hiermit alle Angehörigen der Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte usw.) und Angehörigen von Gesundheitsämtern und Krankenhäusern, die mich in den letzten fünf bzw. zehn Jahren untersucht, behandelt oder sonstwie beraten haben, von ihrer Schweigepflicht.

Ich erteile der Jung, DMS & Cie. AG, Kormoranweg 1, 65201 Wiesbaden, die Erlaubnis, alle zum Abschluss eines Versicherungsvertrags erforderlichen Auskünfte zu erteilen und entgegenzunehmen. Darüber hinaus ermächtige ich Jung, DMS & Cie., im Bedarfsfall über mich Auskünfte bei Wirtschafts-/Schuldnerauskunfteien einzuholen.

Ich bin damit einverstanden, dass oben gemachte Angaben und Daten zur Erfassung und späteren Vertragsdurchführung gespeichert und verarbeitet werden.

Datum _____ Ort _____

Unterschrift _____

Ergänzungsbogen PKV, Leben & BU

Kniegelenkerkrankungen/-verletzungen

Kunde _____

Wie wurde die Erkrankung/Verletzung vom Arzt bezeichnet (z. B. Meniskus-, Kreuz-, Seitenband-, Knorpelschädigung, Arthrose)?

Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

Wie wurde behandelt (z. B. Bandnaht, Teil- oder Totalentfernung des Meniskus, vordere Kreuzbandersatzplastik)?

Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich (z. B. Metallentfernung, Krankengymnastik)?

Haben Sie jetzt noch Beschwerden/Folgeerscheinungen (z. B. nach längerer/größerer Belastung wie Sport oder Treppensteigen)? ja nein

Bitte fügen Sie – wenn vorhanden – den Befund der letzten Röntgen- bzw. CT-Untersuchung bei.

Welche?

Seit wann nicht mehr?

Bei Verletzungen: Wer trägt die Kosten für die Behandlung der Folgeerscheinungen (z. B. Berufsgenossenschaft, Unfallgegner)?

Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Krampfadern, Hämorrhoiden, sonstige Venenerkrankungen

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Wie wurde behandelt?

Welche Beschwerden/Symptome hatten bzw. haben Sie?

Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein

Bei Krampfadern: Wo bestehen sie? Welche Ausprägung (gänsekiel-, bleistift- oder fingerdick)?

Welche? Seit wann nicht mehr?

Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Magen-, Darm-, Leber-, Bauchspeicheldrüsen- und Speiseröhrenkrankungen

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Wurde eine bestimmte Diät verordnet? ja nein

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

Welche?

Wann, wie oft und wie lange traten sie auf?

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Dosierung?

Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

Gewichtsveränderungen in den letzten 12 Monaten? keine

Wie wurde behandelt?

Um _____ kg zugenommen abgenommen

Wurde eine Magen-/Darmspiegelung durchgeführt? ja nein

Bitte fügen Sie – wenn vorhanden – den Befund der letzten Spiegelung, Röntgen- oder Sonographieuntersuchung bei.

Befund _____

Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Mit meiner Unterschrift erkläre ich verbindlich und widerruflich: Ich entbinde hiermit alle Angehörigen der Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte usw.) und Angehörigen von Gesundheitsämtern und Krankenhäusern, die mich in den letzten fünf bzw. zehn Jahren untersucht, behandelt oder sonstwie beraten haben, von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass oben gemachte Angaben und Daten zur Erfassung und späteren Vertragsdurchführung gespeichert und verarbeitet werden.

Ich erteile der Jung, DMS & Cie. AG, Kormoranweg 1, 65201 Wiesbaden, die Erlaubnis, alle zum Abschluss eines Versicherungsvertrags erforderlichen Auskünfte zu erteilen und entgegenzunehmen. Darüber hinaus ermächtige ich Jung, DMS & Cie., im Bedarfsfall über mich Auskünfte bei Wirtschafts-/Schuldnerauskunfteien einzuholen.

Datum _____ Ort _____

Unterschrift _____

Ergänzungsbogen PKV, Leben & BU

Migräne/Kopfschmerzen

Kunde _____

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

Wann, wie oft und wie lange traten sie auf?

Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

Wie wurde behandelt?

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Dosierung?

Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Nieren-, Harnwegs-, Prostataerkrankungen

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

Wie wurde behandelt?

Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein

Welche? Seit wann nicht mehr?

Ergebnis der letzten Blutdruckmessung:

Stehen Sie noch unter ärztlicher Kontrolle oder Beobachtung? ja nein

In welchen Abständen?

Bei (verliebener) Einzelnieren: Ist sie völlig gesund und funktionsfähig?

Bitte fügen Sie – wenn vorhanden – den Befund der letzten Blut-/Laboruntersuchung bei.

Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Schilddrüsenerkrankungen

Wie wurde die Erkrankung/Verletzung vom Arzt bezeichnet?

Besteht eine Überfunktion der Schilddrüse Unterfunktion der Schilddrüse?

Welche Beschwerden bzw. Symptome hatten bzw. haben Sie (z. B. Herzrasen, Gewichtsabnahme, Antriebsschwäche, Gewichtszunahme)?

Wann sind sie zuletzt aufgetreten?

Wie wurde untersucht? Blutuntersuchung
 Ultraschalluntersuchung (Sonographie)
 nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie)
 Feinnadelbiopsie

Bitte fügen Sie – wenn vorhanden – die Befunde bei.

Ist die Schilddrüse vergrößert? ja nein

Hat sich die Größe in letzter Zeit verändert? nein

zugenommen abgenommen

Bei (einem) Schilddrüsenknoten: kalte(r) warme(r)

heiße(r) Knoten Zyste(n)

Wie wurde bzw. wird behandelt (z. B. medikamentös, Radiojodtherapie, Operation)?

Welche Medikamente nehmen bzw. nahmen Sie ein? Dosierung?

Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich (Häufigkeit und Art)?

Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Mit meiner Unterschrift erkläre ich verbindlich und widerruflich: Ich entbinde hiermit alle Angehörigen der Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte usw.) und Angehörigen von Gesundheitsämtern und Krankenhäusern, die mich in den letzten fünf bzw. zehn Jahren untersucht, behandelt oder sonstwie beraten haben, von ihrer Schweigepflicht.

Ich erteile der Jung, DMS & Cie. AG, Kormoranweg 1, 65201 Wiesbaden, die Erlaubnis, alle zum Abschluss eines Versicherungsvertrags erforderlichen Auskünfte zu erteilen und entgegenzunehmen. Darüber hinaus ermächtige ich Jung, DMS & Cie., im Bedarfsfall über mich Auskünfte bei Wirtschafts-/Schuldnerauskunfteien einzuholen.

Ich bin damit einverstanden, dass oben gemachte Angaben und Daten zur Erfassung und späteren Vertragsdurchführung gespeichert und verarbeitet werden.

Datum

Ort

Unterschrift

Ergänzungsbogen PKV, Leben & BU

Diabetes

Kunde _____

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?	Wann wurde die letzte Urinuntersuchung vorgenommen?
Seit wann ist Ihnen bekannt, dass Sie an einer Zuckerkrankheit oder an Zuckerausscheidungen leiden?	Ergebnis?
Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?	Waren Krankenhaus- oder Kuraufenthalte erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie wurde behandelt?	Wann? Name der Institution?
Welche Medikamente nehmen Sie?	Anschrift Institution?
Dosierung?	Leiden Sie noch an anderen Erkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie hoch waren die letzten Blutzuckerwerte?	Welche? Seit wann nicht mehr?
Wann? Tagesprofil?	Haben Sie jetzt noch Beschwerden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Können Sie Angaben über Ihren Blutdruck machen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche? Seit wann nicht mehr?
Datum syst./diast.?	Datum syst./diast.?
	Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Psychische Erkrankungen

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?	Wurden Sie in einem Krankenhaus oder Sanatorium behandelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von wann bis wann waren Sie erkrankt?	Wo? Wann?
Welche Beschwerden treten bzw. traten auf (z. B. Kopfschmerzen, Zittern, Schwindel, Erregbarkeit, Anfälle mit Bewusstlosigkeit, Ohnmachten, Lähmungen oder sonstige)?	Leiden Sie an Depressionen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Konfliktsituation im privaten oder beruflichen Bereich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche? Seit wann nicht mehr?	Sind Sie noch in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Kuren, Heil- oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche Medikamente nehmen Sie ein?
Wo? Von wann bis wann?	Welche Folgen der psychischen Erkrankung bestehen noch?
Wie war der Erfolg der Behandlung?	Haben Sie noch Beschwerden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Welche? Seit wann nicht mehr?
	Ist die Behandlung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Welcher Arzt kann Auskunft geben?
	Bitte fügen Sie – wenn vorhanden – den Abschlußbericht bei.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich verbindlich und widerruflich: Ich entbinde hiermit alle Angehörigen der Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte usw.) und Angehörigen von Gesundheitsämtern und Krankenhäusern, die mich in den letzten fünf bzw. zehn Jahren untersucht, behandelt oder sonstwie beraten haben, von ihrer Schweigepflicht.

Ich erteile der Jung, DMS & Cie. AG, Kormoranweg 1, 65201 Wiesbaden, die Erlaubnis, alle zum Abschluss eines Versicherungsvertrags erforderlichen Auskünfte zu erteilen und entgegenzunehmen. Darüber hinaus ermächtige ich Jung, DMS & Cie., im Bedarfsfall über mich Auskünfte bei Wirtschafts-/Schuldnerauskunfteien einzuholen.

Ich bin damit einverstanden, dass oben gemachte Angaben und Daten zur Erfassung und späteren Vertragsdurchführung gespeichert und verarbeitet werden.

Datum _____ Ort _____
Unterschrift _____

Ergänzungsbogen PKV, Leben & BU

Verletzungen

Kunde _____

Wie wurde die Verletzung vom Arzt bezeichnet?

Welche Körperteile (bitte auch angeben, ob rechts, links oder beidseitig) bzw. innere Organe wurden verletzt?

Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

Wie wurde behandelt?

Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein

Welche?

Seit wann nicht mehr?

Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich (z. B. Metallentfernung, Krankengymnastik)?

Wer trägt die Kosten für die Behandlung der Folgeerscheinungen (z. B. Berufsgenossenschaft, Unfallgegner)?

Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen, Bandscheibenschaden

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

Wann, wie oft und wie lange traten sie auf?

Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

Wie wurde behandelt?

Bei Wirbelsäulenverbiegung (Skoliose):

Wurde der Cobb-Winkel festgestellt? ja nein

Grad?

Bitte fügen Sie – wenn vorhanden – den Befund der letzten Röntgen- bzw. CT-Untersuchung bei.

Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Sonstige Krankheiten

Wie lautet die Diagnose?

Welche Art von Beschwerden bestanden oder bestehen?

Wann sind diese erstmals aufgetreten?

Behandlungsbeginn?

Von wem wurden Sie untersucht oder behandelt (Name und Anschrift des Arztes, des Krankenhauses, der Kurklinik)?

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

Welcher Art war die Behandlung?

Welche Medikamente wurden verordnet und in welcher Dosierung (wieviel Tabletten/ Tropfen usw. täglich)?

Bestehen noch Beschwerden oder Krankheitsfolgen? nein ja, welche?

Bestehende Beschwerden oder Krankheitsfolgen

Ist die Behandlung abgeschlossen? ja, seit _____ abgeschlossen nein

Wenn nein, welcher Art sind die weiteren Behandlungen und welche Maßnahmen sind noch vorgesehen? (z.B. stationäre Behandlung, Operationen, Kur, Hyposensibilisierung)?

Bestand oder besteht Arbeitsunfähigkeit? nein

ja, von _____ bis _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich verbindlich und widerruflich: Ich entbinde hiermit alle Angehörigen der Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte usw.) und Angehörigen von Gesundheitsämtern und Krankenhäusern, die mich in den letzten fünf bzw. zehn Jahren untersucht, behandelt oder sonstwie beraten haben, von ihrer Schweigepflicht.

Ich erteile der Jung, DMS & Cie. AG, Kormoranweg 1, 65201 Wiesbaden, die Erlaubnis, alle zum Abschluss eines Versicherungsvertrags erforderlichen Auskünfte zu erteilen und entgegenzunehmen. Darüber hinaus ermächtige ich Jung, DMS & Cie., im Bedarfsfall über mich Auskünfte bei Wirtschafts-/Schuldnerauskunfteien einzuholen.

Ich bin damit einverstanden, dass oben gemachte Angaben und Daten zur Erfassung und späteren Vertragsdurchführung gespeichert und verarbeitet werden.

Datum

Ort

Unterschrift