

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:	<table border="0"><thead><tr><th>Blutdruck</th><th>Datum</th><th>Unter Medikation?</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____ / _____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td></tr><tr><td>_____ / _____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td></tr><tr><td>_____ / _____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td></tr></tbody></table>	Blutdruck	Datum	Unter Medikation?	_____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Blutdruck	Datum	Unter Medikation?											
_____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja											
_____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja											
_____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?
Wenn ja, welche?

nein ja

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

