

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.  
 Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.  
 Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten drei Jahre.

### Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Augenerkrankungen / Sehstörungen

#### Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden/Symptomen der Augen leiden oder litten Sie?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden bekannt?  ja  nein

Falls ja: Bitte geben Sie – wenn möglich – die Diagnose(n) des Arztes an.

- Kurzsichtigkeit       Weitsichtigkeit       grüner Star (Glaukom)  
 grauer Star       Horn- / Netzhautveränderung       Astigmatismus  
 sonstige Ursache: \_\_\_\_\_

Wann sind die genannten Beschwerden erstmalig aufgetreten? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Wann sind die genannten Beschwerden letztmalig aufgetreten? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ  andauernd

Besteht oder bestand Fehlsichtigkeit?  ja  nein

Falls ja: Anzahl der Dioptrien (aktuell):      Linkes Auge: \_\_\_\_      Rechtes Auge: \_\_\_\_

Wird die Sehinderung durch eine Brille oder Kontaktlinsen ausgeglichen?  ja  nein

Falls ja:  Brille       Kontaktlinsen

Besteht eine Herabsetzung des Sehvermögens?  ja  nein

Falls ja: Wie viel Prozent beträgt die Restsehkraft?      Linkes Auge: \_\_\_\_ %      mit Korrektur: \_\_\_\_ %

Rechtes Auge: \_\_\_\_ %      mit Korrektur: \_\_\_\_ %

Ist Ihr Augenleiden eine Folge einer anderen Erkrankung?  ja  nein

Falls ja: Welcher?  Zuckerkrankheit       Bluthochdruck       Multiple Sklerose

sonstige: \_\_\_\_\_

#### Behandlung der Beschwerden

Wann wurden Sie zuletzt von einem Augenarzt untersucht oder behandelt? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Welcher Augenarzt hat Sie zuletzt untersucht oder behandelt? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung angeben)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente oder Augentropfen gegen die Beschwerden?  ja  nein

Falls ja:	Medikament / Wirkstoff	Dosis	täglich	gelegentlich	nach Bedarf	eingegenommen seit	bis
Welche?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ / ____	____ / ____
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ / ____	____ / ____

Wurde in den letzten 10 Jahren eine Augenoperation oder Laserbehandlung (z. B. auch Lasik OP) durchgeführt?  ja  nein

Falls ja: Wann wurde die Behandlung durchgeführt?      Linkes Auge: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Rechtes Auge: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Welche Operation wurde durchgeführt? \_\_\_\_\_

Welcher Arzt hat die Operation durchgeführt? (Bitte Namen und Anschrift angeben)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Welche Dioptrienzahl bestand vor der Operation?      Linkes Auge: \_\_\_\_

Rechtes Auge: \_\_\_\_

Sind bei der Behandlung Komplikationen aufgetreten?  ja  nein

Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_

Bestehen noch Beschwerden?  ja  nein

Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_

Ist eine (weitere) Augenoperation oder Laserbehandlung vorgesehen oder angeraten?  ja  nein

Falls ja: Welches Auge? Wann? Welche Behandlung?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Augenerkrankungen / Sehstörungen

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit	
Besteht oder bestand durch die Beschwerden eine Beeinträchtigung in der Berufsausübung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: In welcher Form?	_____
Besteht oder bestand wegen Ihrer Beschwerden Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig? Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils andauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)	_____
Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden oder litten Sie unter einer anerkannten Berufskrankheit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Bitte fügen Sie eine Kopie des Bescheids bei.	

behandelnde Ärzte	
Werden oder wurden (weitere) Ärzte in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung	Wann? Warum?
_____	_____
_____	_____
_____	_____

zusätzliche Bemerkungen
_____
_____
_____

Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen
_____
_____

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_