

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 Blasen-, Nieren- und Harnwegserkrankungen

#### Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden der Harnblase, der Nieren oder der Harnwege 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 (z. B. Harnröhren-, Harnblasen-, Nierenbecken-, oder Nierenentzündung, Harnblasensteine, (Hydro-) Nephrose, Geschwulst, Zysten- niere, Prostatavergrößerung).

\_\_\_\_\_

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

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

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden?  ja  nein

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

Ist die Erkrankung mehrmals aufgetreten?  ja  nein

Falls ja: Wie häufig sind die Beschwerden pro Jahr aufgetreten? \_\_\_\_ Mal  
 Wann sind die Beschwerden aufgetreten und wie lange haben sie jeweils ange dauert?  
 (Bitte Angaben in Kalendertagen)

\_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen Nierensteine gefunden?  ja  nein

Falls ja: Welche Niere ist oder war davon betroffen?  links  rechts  beide  
 Wie viele Nierensteine wurden gefunden? \_\_\_\_\_  
 Wie viele Nierensteine sind noch vorhanden? \_\_\_\_\_  
 Wann war der letzte Steinabgang? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ  kein Steinabgang

Wurde bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion festgestellt?  ja  nein

Falls ja: Bitte legen Sie – wenn möglich – eine Kopie der aktuellsten Befunde sowie der Arztberichte bei.

#### Behandlung der Beschwerden

Sind oder waren Sie wegen der Beschwerden in Behandlung?  ja  nein

Falls ja: Welche Behandlung wird oder wurde durchgeführt?

\_\_\_\_\_

Wurde eine Stoßwellenbehandlung durchgeführt?  ja  nein

Falls ja: Wann und mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Welche Untersuchungen wurden bei Ihnen durchgeführt?

- Sonografie  Kernspintomografie  Nierenröntgen mit Kontrastmittel  Computertomografie  
 Nierenpunktion  andere: \_\_\_\_\_  
 keine weitere

Wurde bei Ihnen eine Urinuntersuchung vorgenommen?  ja  nein

Falls ja: Datum der letzten Untersuchung: \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

Welche Blutdruckwerte wurden aktuell bei Ihnen gemessen? (Bitte geben Sie die aktuellst möglichen Werte an.)

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (syst./diast.) Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (syst./diast.)

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Beschwerden?  ja  nein

Welche?	Medikament	Dosis	täglich	gele- gentlich	eingegenommen seit	bis
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ / ____	____ / ____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ / ____	____ / ____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ / ____	____ / ____

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

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

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

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

**Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Blasen-, Nieren- und Harnwegserkrankungen**

**Wird oder wurde eine Dauerbehandlung (z. B. Dialyse) durchgeführt?**  ja  nein

Falls ja: Welche und in welchem Zeitraum?

\_\_\_\_\_

**Wurde in den letzten 10 Jahren eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt?**  ja  nein

Falls ja:  empfohlen  beantragt  durchgeführt

Welche Maßnahme, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)

\_\_\_\_\_

**Operationen**

**Wurden Sie aufgrund einer Blasen-, Nieren- oder Harnwegserkrankung in den letzten 10 Jahren operiert?**  ja  nein

Falls ja: Welche Operation wurde ausgeführt und wann? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

\_\_\_\_\_

**Wurden Ihnen Organe oder Körperteile (teilweise) entfernt?**  ja  nein

Falls ja: Welche?

\_\_\_\_\_

**Sind (weitere) Operationen geplant oder ärztlicherseits angeraten?**  ja  nein

Falls ja: Welche Operationen? Wann? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

\_\_\_\_\_

**Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit**

**Besteht oder bestand wegen Ihrer Beschwerden Arbeitsunfähigkeit?**  ja  nein

Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig?  
Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils angedauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)

\_\_\_\_\_

**Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- /Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten?**  ja  nein

Falls ja: Ist ein Berufs- /Arbeitsplatzwechsel erfolgt?  ja  nein

**behandelnde Ärzte**

**Werden oder wurden (weitere) Ärzte in Anspruch genommen?**  ja  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

\_\_\_\_\_