

Selbstauskunft: Ohrenerkrankungen

Name:

Geb.datum:

1. a) Welche Krankheitsbezeichnung nannte Ihnen der Behandler?

b) Wer behandelte Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung? (bitte Name u. Anschrift)

c) Wie oft haben Sie **deshalb** in den letzten 36 Mon. einen Behandler aufgesucht?

2. a) Welche Beschwerden hatten Sie?
(z.B. Entzündungen, Hörsturz, Tinnitus, Schwerhörigkeit etc.)

b) Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

c) Wie häufig sind diese Beschwerden aufgetreten?

d) In welchen Abständen?

e) Wann zuletzt?

3. a) Besteht Hörminderung / Hörverlust?

ja

nein

b) Kennen Sie die Ursache der Ohrenerkrankung?

ja

nein

Wenn ja, welche?

c) Wird eine Hörhilfe getragen?

ja

nein

d) Ist eine hörverbessernde Operation angedacht oder geplant?

ja

nein

4. a) Von wann bis wann waren Sie in Behandlung oder Kontrolle?

b) Sind Sie es jetzt noch?

ja

nein

c) Waren Sie arbeits- bzw. dienstunfähig?

ja

nein

Wenn ja, in welchem Zeitraum?

5. War eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich?

ja

Datum _____

nein

Wo? (Name, Anschrift)

Name: _____

Geb.datum: _____

Blatt -2- Selbstauskunft Ohrenerkrankungen

6. Wurden Sie operiert? ja Datum _____ nein

Welche Operation? _____

Mit welchem Erfolg? _____

7. a) Erhielten Sie Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche? _____

b) Nehmen Sie das Medikament noch? ja nein
Wenn ja, in welchen zeitlichen Abständen bzw. in welcher Dosierung? _____

c) Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlungen, Bäder, Kuren? ja nein
Wenn ja, Anzahl in den letzten 36 Monaten? _____

d) Injektionen ja nein
Wenn ja, Anzahl in den letzten 36 Monaten? _____

e) Andere Behandlungen? (z.B. Psychotherapie, Spiegelungen usw.) _____

8. Seit wann sind Sie beschwerdefrei? _____

Sofern noch Beschwerden bestehen - welcher Art sind diese? _____

9. Wurde Ihnen eine Operation empfohlen oder stehen noch Behandlungsmaßnahmen bzw. Kontrollen bevor? ja nein

Wenn ja, welche? _____

10. a) Weswegen waren Sie zum letzten Male beim Arzt/Heilpraktiker (Diagnose)? _____

b) Wann? _____

c) Was wurde festgestellt? (Diagnose?) _____

d) Name, Anschrift des Behandlers? _____

Ich bestätige hiermit, dass die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet sind. Fehlerhafte oder unvollständige Angaben gefährden den Versicherungsschutz.
Mit einer Anfrage bei meinen Behandlern erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.