

Zusatzfragebogen

als Ergänzung zum Antrag/ zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom: _____
(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag/ in der Anmeldung
bzw. in der Angebotsanforderung)

Augenerkrankungen

Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung | <input type="checkbox"/> Katarakt (grauer Star) |
| <input type="checkbox"/> Myopie (Kurzsichtigkeit) | <input type="checkbox"/> Keratokonus |
| <input type="checkbox"/> Hyperopie (Weitsichtigkeit) | <input type="checkbox"/> Netzhautdegeneration (Risse, Löcher, Ablösung) |
| <input type="checkbox"/> Glaukom (grüner Star) | <input type="checkbox"/> Makuladegeneration |
| <input type="checkbox"/> Gerstenkorn | <input type="checkbox"/> Regenbogenhautentzündung (Iritis) |
| <input type="checkbox"/> Hornhautverkrümmung | <input type="checkbox"/> Schielen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | |

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?

☐ ja ☐ nein

Wenn „ja“, bitte Dioptrienwerte angeben?

rechtes Auge: _____ dpt linkes Auge: _____ dpt

Sind beide Augen erkrankt?

☐ ja ☐ nein,

☐ nur rechtes Auge

☐ nur linkes Auge

Wie wurden Sie behandelt? (z.B. bei Augentropfen: Name, Dosierung; Laserbehandlung, Operation)

Genaue Bezeichnung des Medikaments, der Augentropfen etc. und dessen Dosierung?

☐ Augentropfen

Name: _____

Dosierung:

☐ täglich (_____mal/Tag)

☐ wöchentlich (_____mal/Monat)

☐ ca. _____mal/Jahr

☐ Medikamente

Name: _____

Dosierung:

☐ täglich (_____mal/Tag)

☐ wöchentlich (_____mal/Monat)

☐ ca. _____mal/Jahr

Welche therapeutischen Maßnahmen wurden durchgeführt?

☐ Korrekturgläser

☐ Laserbehandlung

wann? _____

welches Auge? _____

☐ Operation

wann? _____

welches Auge? _____

☐ Sonstige, welche?

Welche diagnostischen Maßnahmen wurden durchgeführt?

☐ Augenuntersuchung

☐ Spaltlampenuntersuchung

☐ Augeninnendruckmessung

☐ Optische Kohärenztomographie

☐ Sehtest

☐ HRT-Untersuchung

☐ Sonstige, welche?

Befunde, Untersuchungsergebnisse?

Bitte überlassen Sie uns eine Kopie der Behandlungs- und Befundberichte!

Liegt eine Ursache bzw. Grunderkrankung vor? ☐ ja ☐ nein

Wenn „ja“, welche? (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Diabetes mellitus, Rheuma)

Sind Kontrolluntersuchungen erforderlich? ☐ ja ☐ nein

Wenn „ja“, wie oft? _____ pro Jahr

Wurden Sie bereits operiert? ☐ ja ☐ nein

Wenn „ja“, an beiden Augen? ☐ ja ☐ nein, nur ☐ rechts nur ☐ links

Operationsart? (z.B. künstliche Linse, Laserbehandlung)

War die Operation erfolgreich? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie jetzt vollkommen beschwerdefrei? ☐ ja ☐ nein

Wenn „nein“, welche Beschwerden haben Sie noch?

Sofern eine Laserbehandlung durchgeführt worden ist, bitte Dioptrienwerte vor und nach der Laserbehandlung angeben:

Dioptrienwerte **vor** der Laserbehandlung? rechtes Auge: _____ dpt linkes Auge: _____ dpt

Dioptrienwerte **nach** der Laserbehandlung? rechtes Auge: _____ dpt linkes Auge: _____ dpt

Sind weitere diagnostische und/oder
therapeutische Maßnahmen notwendig,
angeraten oder beabsichtigt? ☐ ja ☐ nein

Wenn „ja“, welche?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Hinweis: Bitte überlassen Sie uns für kurze Zeit (möglichst in Kopie) die Ihnen vorliegenden Entlassungs- und Untersuchungs- sowie Behandlungs- und Befundberichte.

Die gemachten Angaben zu den Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich alleinverantwortlich, auch wenn ich die Erklärung nicht selbst ausgefüllt habe. Die Hinweise auf die „Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag habe ich beachtet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten