



Fragebogen Ohrenerkrankungen

Name: _____ Geb.-Datum: _____

1. Wie lautet die Diagnose?

Links Rechts Beidseitig

2. Welche Ursache liegt vor?

Angeboren
 Unfallbedingt
 Folge einer Erkrankung: _____
 Sonstige: _____

3. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten mit:

a) Erstmaliges Auftreten der Beschwerden: ____ . ____

b) Welche Beschwerden haben / hatten Sie?

c) Wie häufig treten / traten die Beschwerden auf?

Einmalig
 Mehrmalig Wann? Wie lange? _____
 Andauernd

d) Letztmaliges Auftreten der Beschwerden: ____ . ____

4. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten zu Ihren Behandlungen / Therapien mit:

Welche? Wann? Wie häufig? Behandlungsdauer?

Keine Behandlung
 Hilfsmittel wie Hörgeräte, Cochlea Implantat: _____

Hörvermögen mit Hilfsmittel _____ % rechts _____ % links

Hörvermögen ohne Hilfsmittel _____ % rechts _____ % links

Operationen: _____

Infusionstherapien: _____

Medikamente: _____

Sonstige: _____

Bitte reichen
Sie uns die
Berichte ein!

5. Bestehen Folgen wie zum Beispiel Hörminderung / Tinnitus / Sprachstörungen?

Nein

Ja

Bitte machen Sie nähere Angaben: Welche? Wann? Wie häufig?

6. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung / Beschwerden arbeitsunfähig?

Bei Schülern und Studenten geben Sie bitte die krankheitsbedingten Fehltage an:

Nein

Ja, von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____ ____ Tage

von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____ ____ Tage

von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____ ____ Tage

7. Von welchen Ärzten werden / wurden Sie wegen dieser Beschwerden behandelt?

Bitte geben Sie Name, vollständige Anschrift und Fachrichtung an:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können. Ich bestätige, dass sich mein Gesundheitszustand seit Antragstellung nicht verändert hat. Ärztliche Beratungen oder Behandlungen waren nicht erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift des zu Versichernden
(bei Minderjährigen zu Versichernden zusätzlich
Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s)