



## Zusatzfragen Tumor und Krebserkrankungen

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

zum Versicherungsantrag vom: \_\_\_\_\_

1. An welcher Erkrankung leidet oder litt die zu versichernde Person bzw. wie lautet die ärztliche Diagnose?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. a) Seit wann ist die Erkrankung bekannt? \_\_\_\_\_

- b) Kam es zu Rückfällen?

ja  nein

3. Welche Behandlungen wurden wann bzw. in welchem Zeitraum durchgeführt?

a) Art der Operation: \_\_\_\_\_

b) Chemotherapie: \_\_\_\_\_

c) Strahlentherapie: \_\_\_\_\_

- d) Welche Medikamente werden bzw. wurden eingenommen?

Name und Dosis der Medikamente

\_\_\_\_\_

Über welchen Zeitraum?

\_\_\_\_\_

- e) Andere Behandlungen:

\_\_\_\_\_

4. Können Sie Angaben zum Schweregrad bzw. der Ausdehnung machen?

- a) Wenn bekannt, bitte das Tumorstadium (TNM) angeben.

\_\_\_\_\_

- b) Bestanden oder bestehen Metastasen (Lymphdrüsenbeteiligung, Tochtergeschwülste) bzw. sind weitere Organe betroffen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Wann wurde die letzte Nachuntersuchung durchgeführt? \_\_\_\_\_

a) Welches Ergebnis hatte diese Nachuntersuchung?

\_\_\_\_\_

b) Wann ist die nächste Nachuntersuchung geplant?

\_\_\_\_\_

6. Sind weitere Untersuchungen/Behandlungen geplant?

ja  nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

7. In welchem Zeitraum bestand Arbeitsunfähigkeit?

\_\_\_\_\_

8. Werden medizinische oder orthopädische Hilfsmittel benutzt?

ja  nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

**Bitte fügen Sie möglichst vorliegende ärztliche Berichte oder Krankenhaus-entlassungsberichte bei!**

Arztanfragen werden von uns nicht gehalten.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bescheinige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person  
bzw. des Erziehungsberechtigten