

Selbstauskunft Ohrenerkrankungen

Allgemeine Angaben

Zu- und Vorname der zu versichernden Person		Antrag vom:	
Geburtsdatum:		Antragsteller / Vers.-Nummer:	
Anschrift:			

Ohrenerkrankungen (z. B. Tinnitus, Hörsturz, Schwindel, etc.)

Frage 1:	a) Welche Krankheitsbezeichnung (med. Diagnose) nannte Ihnen der Behandler?	
	b) Wer behandelte Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung? (Bitte Name und Anschrift angeben)	
	c) Wie oft haben Sie in den letzten 36 Monaten einen Behandler aufgesucht?	
Frage 2:	a) Welche Beschwerden haben / hatten Sie und ist Ihnen die Ursache hierfür bekannt? (z. B. eitriger Ausfluss, Entzündungen, Ohrgeräusche, etc.)	
	b) Seit wann haben / hatten Sie diese Beschwerden?	
	c) Wann hatten Sie diese Beschwerden erstmals, wann zuletzt?	

**Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.**

Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Ohrenerkrankungen

Frage 2:

d) Bestanden **in den letzten fünf Jahren** Krankheiten der Ohren, des Gehörs oder des Gleichgewichtsorgans? (z. B. Erkrankungen des Mittelohrs, Innenohrs, Gehör, etc.)
Falls ja, welche?

Frage 3:

a) Sind / Waren aufgrund der Beschwerden / der Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus, Reha-Maßnahmen oder Kuren notwendig?
Bitte Befunde beifügen.

Nein

Ja

Ambulant

Stationär

Wann? (Zeitraum)

Wo? (bitte Name und
Anschrift angeben)

b) Haben Sie aufgrund der Beschwerden durch die Schwere des Auftretens eine Notaufnahme aufgesucht? Falls ja, schildern Sie in Kürze warum?

Frage 4:

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

b) Sind Sie zurzeit noch in Behandlung? Dazu zählen auch Nach- / Kontrolluntersuchungen zu ausgeheilten / abgeklungenen Erkrankungen.

Nein

Ja

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Ohrenerkrankungen

Frage 4:

c) Wurden Sie operiert? Falls ja, welche Operation war es und wann fand diese statt? Dazu zählen auch ambulante Operationen.

d) Wurde Ihnen eine Operation empfohlen oder stehen noch Behandlungsmaßnahmen bzw. Kontrollen bevor? (z. B. Untersuchung des Gleichgewichtsorgans, Ohrspiegelung, etc.) Falls ja, welche?

e) Wurden Bilddokumentationen / bildgebende Diagnostiken durchgeführt? Falls ja, Befund bitte beifügen.

Nein Ja

f) Nehmen Sie alternative Heilbehandlungsmethoden in Anspruch oder ziehen Sie es in Betracht? Falls ja, welche Methoden betrifft dies?

Nein Ja

Frage 5:

a) Erhalten / Erhielten Sie Medikamente? Falls ja, welche und in welchen Zeitabständen werden / wurden diese verabreicht?

Nein Ja

b) Nehmen Sie das Medikament weiterhin?

c) Erhalten / Erhielten Sie Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlung, Bäder?

Nein Ja

Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten?

d) Erhalten / Erhielten Sie Injektionen?

Nein Ja

Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten?

e) Erhalten / Erhielten Sie sonstige Behandlungen (z. B. Psychotherapie, Spiegelungen etc.)? Bitte Befund beifügen.

Nein Ja

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Ohrenerkrankungen

Frage 6:	a) Sind Sie jetzt beschwerdefrei?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Falls ja, seit wann?	<input type="text"/>
	b) Welche Beschwerden bestehen weiterhin?	<input type="text"/>		
	c) Haben diese Erkrankung / Beschwerden Folgen hinterlassen? (z. B. Hörstörungen, Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen, etc.) Falls ja, welche?	<input type="text"/>		
	d) Benötigen Sie Hilfsmittel? (z. B. Hörgeräte, etc.)	<input type="text"/>		
Frage 7:	a) Weswegen waren Sie zum letzten Mal beim Arzt / Heilpraktiker (med. Diagnose) und wann war dies?	<input type="text"/>		
	b) Was wurde festgestellt (med. Diagnose)?	<input type="text"/>		
	c) Bitte geben Sie Name und Anschrift des Behandlers an.	<input type="text"/>		

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person