

Nieren-, Harnwegs- und Prostataerkrankungen

Antragsteller: Vorname, Name

Geburtsdatum

Antrag vom

Versicherte Person: Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungs-/Antrags-Nummer

Alle nachfolgenden Fragen und Erklärungen beziehen sich auf die in dieser Zusatzklärung genannte Erkrankung, sofern nicht ausdrücklich eine andere Erkrankung genannt wird.

1. Welche Diagnose stellte der Arzt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nierenentzündung | <input type="checkbox"/> Nierengeschwulst, -tumor |
| <input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündung | <input type="checkbox"/> Blasengeschwulst, -tumor |
| <input type="checkbox"/> Harnwegsentzndung | <input type="checkbox"/> Harnleiterstenose, -verengung |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung | <input type="checkbox"/> Harnleiterfehlbildung |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Prostataabszess |
| <input type="checkbox"/> Harnleitersteine | <input type="checkbox"/> Prostatentzndung |
| <input type="checkbox"/> Blasensteine | <input type="checkbox"/> Prostatahyperplasie, -adenom |
| <input type="checkbox"/> Senkniere, Wanderniere | <input type="checkbox"/> Prostatageschwulst, -tumor |
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Andere Diagnose, welche? |

Bei Nierenerkrankungen: Bestand oder besteht die Erkrankung

- einseitig links einseitig rechts beidseitig

2. Was ist die Ursache der Erkrankung?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erkältung | <input type="checkbox"/> Störungen des Immunsystems |
| <input type="checkbox"/> Infektion | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Harnstauung | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Harnrckfluss | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Harnsäure | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Zysten | <input type="checkbox"/> Andere Ursache, welche? |

3. Art der Beschwerden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Koliken | <input type="checkbox"/> Blutbeimengung im Urin |
| <input type="checkbox"/> schmerzhaftes Wasserlassen | <input type="checkbox"/> belkeit |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Schttelfrost | <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Flankenschmerz | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme |
| <input type="checkbox"/> Klopfschmerz im Nierenlager | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> häufiger Harndrang | <input type="checkbox"/> Andere Beschwerden, welche? |

4. Wie wurden bzw. werden Sie behandelt?

- Röntgenuntersuchung
- Computertomographie (CT)
- Ultraschall
- Stoßwellenlithotripsie (ESWL, Nierensteinzertrummerung)
- Steinentfernung
- Geschwulstentfernung
- Resektion, transurethrale Resektion (TUR)
- Dilatation
- Nierenentfernung, Nephrektomie
- Andere Behandlung, welche?

Wann und wo erfolgten die Behandlungen?

Name und Anschrift des Arztes/der Klinik.

Bei Einnierigkeit: Welche Niere wurde entfernt?

- links rechts

Arbeitet die verbleibende Niere einwandfrei?

- nein ja

5. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- nein ja, in welchem Umfang? Art und Menge.

6. Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?

Wann war die letzte Blutuntersuchung/Laborkontrolle und mit welchem Ergebnis?

Datum	Ergebnis
-------	----------

Wann war die letzte Urinuntersuchung und mit welchem Ergebnis?

Datum	Ergebnis
-------	----------

Welche Blutdruckwerte wurden zuletzt gemessen?

Mit Medikamenteneinnahme:

Datum	Ergebnis	syst. /	diast.
-------	----------	---------	--------

Ohne Medikamenteneinnahme:

Datum	Ergebnis	syst. /	diast.
-------	----------	---------	--------

Ist die Erkrankung vollständig ausgeheilt?

- nein ja, seit wann?

Welche Beschwerden bestehen jetzt noch?

Sind weitere Behandlungen angeraten oder vorgesehen?

- nein ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?

Bitte Namen und Dosierung angeben.

7. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben?

Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben.

Erklärung

Die Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet worden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen vorgenannten Fragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort, Datum

Unterschrift