

## Zusatzklärung Gynäkologische Erkrankungen

Voranfrage-Nummer	Antrag vom
Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname)	Geburtsdatum

**Die Risikoprüfung des jeweiligen Versicherers bewertet Ihre Angaben. Bitte beantworten Sie alle zum Ausfüllen und/oder Ankreuzen vorgesehenen Textfelder im Antrag vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände genau an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen, wie z. B. Ihren Namen oder Ihr Geburtsdatum. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam werden kann. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern.**

Nachstehend sind einige Beispiele genannt, um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern. Es handelt sich nicht um eine vollständige Auflistung. Bitte geben Sie auch Sachverhalte an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen (evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden).

**1. Wann traten bei Ihnen erstmals Beschwerden auf, bzw. seit wann ist Ihnen eine Erkrankung bekannt?**

Datum

Welche Beschwerden oder Symptome haben/hatten Sie? (z. B. Schmerzen, Blutungen u. ä.)

Beschwerden

**2. Welche Diagnose nannte Ihnen Ihr Arzt?**

Diagnose

Besteht oder bestand bei Ihnen eine HPV-Infektion?

Nein  Ja, wann?

Zeitraum

Wurden Sie gegen den HPV-Virus geimpft?

Nein  Ja, wann?

Datum

Leiden oder litten Sie an Feigwarzen (Condylomata acuminata)?

Nein  Ja, wann?

Zeitraum

Zur Versicherungsvoranfrage

Geburtsdatum	Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname)
--------------	---

**3. Wie lauten Name und Anschrift Ihres behandelnden Arztes?**

Name des behandelnden Arztes, Fachrichtung

Anschrift des behandelnden Arztes

Krankenhausaufenthalte  Kuraufenthalte

Weshalb, wann und wie lange?

Name und Anschrift der Klinik

**4. Art der Behandlung**

Wurde/n bei Ihnen eine/mehrere Operation/en durchgeführt?  Nein  Ja, wann und welche? Datum

Art der Operation

Wie war der histologische Befund?  Gutartig (benigne)  Bösartig (maligne)

Wurden bei der/den Operation/en Unterleibsorgane entfernt?  Nein  Ja, welche? Beschreibung

Wurde bei Ihnen eine Strahlentherapie durchgeführt?  Nein  Ja, welche? Beschreibung

Wurde bei Ihnen eine Radiumtherapie durchgeführt?  Nein  Ja, welche? Beschreibung

Wurde bei Ihnen eine medikamentöse Chemotherapie durchgeführt?  Nein  Ja, welche? Beschreibung

Welche weitere Behandlung wurde bei Ihnen veranlasst? Art der Behandlung

Welche Medikamente wurden Ihnen verordnet? Name der Medikamente und Dosierung

**5. Rauchen Sie?**  Nein  Ja

Was und seit wann? Stückzahl täglich

Zur Versicherungsvoranfrage

Geburtsdatum	Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname)
--------------	---

**6. Wie ist Ihr gegenwärtiger Gesundheitszustand?**

Sind Sie völlig geheilt?  Nein  Ja, seit wann? Datum

Welche Beschwerden bestehen bei Ihnen noch? Beschwerden

Müssen Sie sich wegen der durchgemachten Erkrankung von Zeit zu Zeit einer Kontrolluntersuchung unterziehen?  Nein  Ja, welche? Art der Untersuchung

Ist bei Ihnen eine Operation vorgesehen?  Nein  Ja, wann und welche? Datum

Art der Operation

Gehen Sie regelmäßig zu gyn. Vorsorgeuntersuchungen?  Nein  Ja, wann zuletzt? Datum letzte Untersuchung

Wie war Ihr letzter Befund?  Einwandfrei  Kontrollbedürftig

Welche Medikamente nehmen Sie noch? Name der Medikamente und Dosierung

**7. Bestand oder besteht bei Ihnen wegen dieser Erkrankung Arbeits- bzw. Berufs- oder Dienstunfähigkeit?**  Nein  Ja

Zeiten der Arbeits- bzw. Berufs- oder Dienstunfähigkeit

**8. Welcher weitere Arzt hat Sie behandelt bzw. behandelt Sie jetzt noch?**

Name des behandelnden Arztes, Fachrichtung

Anschrift des behandelnden Arztes

Wann und wegen welcher Erkrankung? Art der Erkrankung Zeitraum

**9. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- bzw. berufs- oder dienstunfähig?**  Nein  Ja, wann und wie lange? Zeitraum

Wegen welcher Erkrankung? Art der Erkrankung

Zur Versicherungsvoranfrage

Geburtsdatum	Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname)
--------------	---

**10. Besteht oder bestand bei Ihnen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (M. d. E.), Wehrdienstbeschädigung (WDB), Pflegestufe, ein Grad der Behinderung (G. d. B.) oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?**

Nein  Ja

% M. d. E.

% WDB

% G. d. B.

Pflegestufe

Erkrankung, Behinderung

**11. Ist bzw. war bei Ihnen ein Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen beabsichtigt, angeraten oder erfolgt?**

Nein  Ja, wann und wieso?

Datum

Grund

**Hinweis:**

Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Beauftragte für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit.

Die Risikoprüfung des jeweiligen Versicherers bewertet Ihre Angaben. Bitte beantworten Sie alle zum Ausfüllen und/oder Ankreuzen vorgesehenen Textfelder im Antrag vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände genau an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen, wie z. B. Ihren Namen oder Ihr Geburtsdatum. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam werden kann. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern.

Es gelten die bei Vertragsabschluss abzugebenden Erklärungen.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel

