

Fragebogen: Unterleibserkrankungen

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

Zu versichernde Person

Geb.-Datum

Berufliche Tätigkeit

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

Eierstockzyste	Myom der Gebärmutter	Endometriose
Eierstockkrebs	Gebärmutterhalskrebs	Prostatavergrößerung
Erhöhter PAP-Wert	Feigwarzen	Sonstige:

2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?

Keine	Schmerzen	Blutungen
Krämpfe	Häufiger Harndrang	Sonstige:

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

einmalig wiederholt | in welchen Abständen (Datum) andauernd

Wann erstmals? Wann zuletzt?

4. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?

Keine Medikamente:

von: bis: In welcher Dosierung? täglich bedarfsweise _____ mal im Jahr

5. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Behandlungszeitraum von: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Behandlungszeitraum von: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

6. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja | wann: Welche? Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

Wurde Ihnen ein Organ oder Gewebe entfernt? Ja | welches? Nein

Ergebnis des Gewebefindes? gutartig bösartig | TNM - Einstufung

(Bei Bösartigkeit bitte Befund/Histologie und letzten Nachsorgebefund beifügen)

7. Werden oder wurden weitere Therapien durchgeführt?

Strahlentherapie Chemotherapie Radiumjodtherapie Sonstige: Nein

von: bis: Wie oft?

8. Wann fand die letzte gynäkologische/urologische Kontrolluntersuchung statt?

Wann | Mit welchem Ergebnis?

PAP-Wert (I - IV): HPV: positiv negativ

B

9. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann:

Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

10. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studienunfähig gewesen?

Ja | von: bis:

Ja | von: bis:

Nein

11. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

12. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person