## Fragebogen: Nieren- und Harnwegserkrankungen



## 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		GebDatum	
Berufliche Tätigkeit			
Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkra	nkung (Mehrfachnennungen m	öglich)?	
Blasenentzündung	Harnleiterstein	Harnröhrenve	erengung
Nierenbeckenentzündung	Harninkontinenz		liereninsuffizienz
Nierenstein	Nierengrieß		Nierenerkrankung
Einzelniere	Schrumpfniere	Nierenkolik	
Nierenzyste-/n   Anzahl?	Sonstige:		
rechtsseitig linksseitig b	eidseitig		
. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden	oder litten Sie?		
Schmerzen Koliken Blut im Urin	Ständiges Wasserlassen	Sonstige:	
. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?			
Wann erstmals?	Wann zuletzt?		
einmalig wiederholt   in welchen Abstä	inden (Datum)?		andauernd
Falls ein Nierenstein-/ Gries besteht oder bestand	d:		
einseitig beidseitig einzelner S	tein mehrere Steine		
Wann und wie oft aufgetreten?			
Letzter Steinabgang?	Kein Steinabgang		
Noch vorhandene Nierensteine? Ja   w	ie viele?	Nein	
Falls eine Einzelniere/Schrumpfniere besteht:			
Hat die verbleibende/andere Niere die volle Funl	ction übernommen?	Ja Nein	
(Bitte letzten Kontrollbefund mit Nierensongraphie und Nierenfunktionswerte			
Wolche Ureache liest der Erkrankung zuerunde?			
i. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?			
unbekannt angeboren Unfallfol	ge Sonstige:		
. Wurden krankhafte Veränderungen des Urins, de (z.B. erhöhte Kreatinin, Blutzucker, Cholestserin)		ons- oder Blutwerte	
Ja   wann zuletzt?			
(Bitte Laborwerte/Befunde im Verlauf beifügen)			
3. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie e	ein?		
Keine Medikamente:		von:	bis:
In welcher Dosierung? täglich bei l	Bedarf mal in		



## Fragebogen: Nieren- und Harnwegserkrankungen



R

9. Welche Untersuchungen wurden wegen	Ihrer Erkrankung durchgeführt	bzw. sind geplant?
Keine Nierenszintigraphie Sonstige:	Nierenpunktion Harnblasenspiegelui	Nierenultraschall ng CT
Wann?	Wie of	t?
Mit welchem Ergebnis? kein krar	nkhafter Befund krankh	after Befund
(Bitte Befund/Histologie beifügen)		
10. Sind Operationen durchgeführt worden	oder vorgesehen?	
Ja   wann:	Welche?	Neir
Krankenhaus/Arzt:		
Anschrift:		
Wurde Ihnen ein Organ oder Gewebe en	tfernt? Ja   welches?	Nein
Ergebnis des Gewebebefundes?	gutartig	bösartig   TNM - Einstufung
(Bei Bösartigekeit bitte Befund/Histolgie und letzten Nachsrogei		
11. Werden oder wurden weitere Therapien	durchgeführt?	
Stoßwellentherapie/Steinzertrümme	rung Sonstige:	Neir
Wann? wie	oft?	
12. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder	anderen Theraneuten waren o	der sind Sie in Rehandlung?
Name:	anderen merapeaten waren o	Name:
Anschrift:		Anschrift:
Behandlungszeitraum   von:	bis:	Behandlungszeitraum   von: bis:
Ja   wann: Name der Einrichtung: Anschrift: (Bitte Befund beifügen)  14. Sind Folgen der Erkrankung zurückgebl	Wie lange?	oder Kuraufenthalt erforderlich? Nein
Ja   welche?		Nein
Ja   von: bis:		g gewesen? a   von: Neir
16. Haben die o. g. Beschwerden zu Einsch	ränkungen im Alltag oder Beru	f geführt?
Ja   zu welchen?		Nein
17. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus	medizinischen Gründen erfolg	t oder angeraten/angestrebt?
Ja   Zeitpunkt des Wechsels:		Nein
Früherer Beruf:		
Jetziger Beruf:		
Unterschrift:		
Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person

