

Fragebogen: Ohren- und Gleichgewichtsorganerkrankungen

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)?

Schwerhörigkeit	Taubheit	Tinnitus
Hörsturz	Gehörgangsentzündung	Mittelohrentzündung
Lagerungsschwindel	Schwankschwindel	Anfallsschwindel
Dauerschwindel	Cholesteatom	Verletzung des Ohres/Trommelfells
Morbus Menière	Sonstige:	

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

Ohrgeräusche	Gehörminderung	Gehörverlust
Schwankschwindel	Gleichgewichtsstörung	Geräuschempfindlichkeit
Drehschwindel	Taubheitsgefühl	Schmerzen
Übelkeit/Erbrechen	Pfropf	Ausfluss
Sonstige:		

3. Welches Ohr/Innenohr ist oder war betroffen?

rechts links beidseitig nicht genau zu lokalisieren

4. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

einmalig wiederholt | in welchen Abständen (Datum)?

andauernd

Wann erstmals?

Wann zuletzt?

5. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden?

Unbekannt	Neurologischer Hintergrund
Infektion	Sonstige:

6. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

Keine Behandlung

Medikamente:

von:

bis:

In welcher Dosierung?

täglich (_____ mal am Tag)

wöchentlich (_____ mal pro Woche)

nach Bedarf

Physiotherapie/Manuelle Therapie

Hörgerät

Gleichgewichtstraining

Psychotherapie/Verhaltenstherapie (Bitte Fragebogen Psychische Erkrankungen beifügen)

Einsetzen von Paukenröhrchen

Andere Therapien:

Wie oft?

von:

bis:

Fragebogen: Ohren- und Gleichgewichtsorganerkrankungen

B

7. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant?

Keine	Neurologische Untersuchung	HNO-ärztliche Untersuchung
Gleichgewichtsprüfung	Kopf-CT	Kopf-MRT
Audiogramm/Hörmesskurve:	keine Hörminderung	Hörminderung: %

Wann?

Mit welchem Ergebnis?

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

Name:

Name:

Anschrift:

Anschrift:

Behandlungszeitraum | von: bis: Behandlungszeitraum | von: bis:

9. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja | wann:

Welche?

Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

(Bei Befund beifügen)

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

Ja | wann:

Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

11. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. Hörstörungen, Ohrgeräusche, Schmerzen, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Druckausgleichsstörungen)?

Ja | welche?

Nein

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

Ja | von: bis: Ja | von: bis:

Nein

13. Bestehen folgende Anforderungen an Ihre berufliche Tätigkeit?

Unregelmäßige Arbeitszeiten	Stress	Lärmexposition	Arbeiten in großer Höhe
Druckexposition	Schichtdienst	Flugreisen	

Nein

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

Ja | zu welchen?

Nein

15. 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