

Genauere medizinische Diagnose

Beginn (MM.JJJJ)	ggf. Ende (MM.JJJJ)	Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art?

Bestehen **Folgen** der Erkrankung? nein ja, welche? _____

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.

**Brille/
Kontaktlinsen**

Tragen Sie eine **Brille oder Kontaktlinsen**? Bitte machen Sie Angaben zu den Gründen!

- Weitsichtigkeit Kurzsichtigkeit Stabsichtigkeit (Astigmatismus)
 Alterssichtigkeit (reine Lesebrille)
 andere Ursachen (bitte angeben) _____

Machen Sie bitte Angaben zur Stärke Ihrer Brille/Kontaktlinsen und tragen Sie bitte die Angaben aus dem Brillenpass ein! (Fotokopien ggf. beifügen)

	Sph.	Zyl.	Achse	Add.	Pris.	Bas.
Rechts	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Links	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Können Sie Angaben zur Sehschärfe Ihrer Augen machen?

- die Sehschärfe ist normal
 die Sehschärfe ist herabgesetzt rechts links beidseitig
 die Sehschärfe meiner Augen ist mir nicht bekannt

Bei einer herabgesetzten Sehschärfe der Augen machen Sie bitte weitere Angaben dazu!

Blut- und Laborwerte

Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** bekannt? nein ja (ggf. Fotokopie beifügen)

Art des Wertes	Wert	Datum (MM.JJJJ) (ggf. ungefährender Zeitpunkt)
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	

Augenoperation

Sind bei Ihnen **Augenoperationen** erfolgt bzw. sind diese geplant? nein ja

- LASIK Operation Laserbehandlung der Netzhaut
 Implantation einer Kunstlinse
 Operation bei grünem Star (Bitte die Art der Operation angeben)
 Operation bei grauem Star (Bitte die Art der Operation angeben)
 Sonstige Augenoperation (Bitte die Art der Operation angeben)

Art der Behandlung/Operation	linkes/rechtes Auge	Datum (MM.JJJJ) (ggf. ungefährender Zeitpunkt)
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	

Behandelnde Ärzte

Von **welchem Arzt oder Krankenhaus** wurden Sie wegen Ihrer **angegebenen** Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt? Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name und Anschrift

Zeitpunkt/Zeitraum welche Untersuchung

Zusätzliche Angaben

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und **schriftlich nach**. Folgen noch weitere Angaben? (**Bitte immer beantworten**)

alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

es folgen noch Angaben

zusätzliche Angaben sind beigefügt

Anzahl Extrablätter _____

Schlusserklärung und Unterschrift

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum

X

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)