

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.**Welche **Blutdruckwerte** wurden zuletzt bei Ihnen gemessen?

Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

systolisch

diastolisch

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

systolisch

diastolisch

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sind Ihnen abweichende **Urinbefunde** bekannt? nein ja (Fotokopie ggf. beifügen)**Befund**

Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Blut im Urin

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rote Blutkörperchen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Eiweiß

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

sonstige

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** bekannt? nein ja (Fotokopie ggf. beifügen)**Art des Wertes****Wert****Datum (MM.JJJJ)**

(ggf. ungefährender Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Untersuchungen/
Behandlungen**Wann erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** der Nieren- und Harnwege bzw. sind diese geplant?

- | | |
|--|---|
| 1. Funktionsmessungen Harnfluss (Uroflow u. ä.) | 6. Computertomographie (CT) |
| 2. Ultraschalluntersuchung | 7. Kernspin (MRT) |
| 3. Blasenspiegelung | 8. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 4. Röntgenuntersuchungen | 9. Gewebeentnahme (Biopsie) |
| 5. andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben) | 10. Zertrümmerung von Nierensteinen |
| | 11. Operation (Welche?) |

Ziffer

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Befund/Maßnahme

Ziffer

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Befund/Maßnahme

MedikamenteWelche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn (MM.JJJJ) ggf. Einnahme Ende (MM.JJJJ) Dosis

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn (MM.JJJJ) ggf. Einnahme Ende (MM.JJJJ) Dosis

ArbeitsunfähigWaren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**? nein ja

Diagnose _____

Zeitraum (ggf. ungefährender Zeitpunkt) _____

NotarztbehandlungErfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**? nein ja, bitte Datum (TT.MM.JJJJ) angeben

Grund _____

Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren**Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur**?

Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

Diagnose _____

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Diagnose _____

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 AngabenBitte 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 beigelegt

Anzahl Extrablätter _____

Schlusserklärung und UnterschriftAlle 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)