

## Fragebogen Tumore und Blutkrankheiten

### Angaben zur versicherten Person

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
 Datum der Antragstellung

\_\_\_\_\_  
 Titel, Vorname, Name

männlich  
 weiblich

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.  
 Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlussklärung des Antrags.

### Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren.**

### Raucherverhalten (ist nur für den Gothaer Fähigkeitenschutz zu beantworten)

Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht (z. B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)

Wenn ja, Was? \_\_\_\_\_

Wie viel täglich? \_\_\_\_\_

### Krankheiten

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- Tumore/Krebs**
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> der Brust  | <input type="checkbox"/> der Nieren                      |
| <input type="checkbox"/> der Haut   | <input type="checkbox"/> der Prostata                    |
| <input type="checkbox"/> des Gehirns  | <input type="checkbox"/> der Speiseröhre/Magen/Darm      |
| <input type="checkbox"/> der HNO-Organen  | <input type="checkbox"/> des Dickdarms/Enddarms          |
| <input type="checkbox"/> der Lungen   | <input type="checkbox"/> des Gebärmutterhals             |
|   | <input type="checkbox"/> der Eierstöcke                  |
| <input type="checkbox"/> Muttermale/Melanom   | <input type="checkbox"/> der Leber- und Gallenwege       |
|   | <input type="checkbox"/> der Knochen/Muskeln/Bindegewebe |
| <input type="checkbox"/> Blutkrebs (Leukämie)   | <input type="checkbox"/> der Bauchspeicheldrüse          |
| <input type="checkbox"/> Hodgkin-Lymphom  |  |
| <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung  | <input type="checkbox"/> Non-Hodgkin-Lymphom             |
| <input type="checkbox"/> Blutbildungsstörungen  | <input type="checkbox"/> Lymphknotenkrebs                |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen  | <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit                 |
| <input type="checkbox"/> andere hier nicht genannte Erkrankungen (bitte diese hier angeben) | <input type="checkbox"/> erhöhte Thromboseneigung        |

**Ergänzende Angaben** zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten.**

**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? \_\_\_\_\_

**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.**

### Muttermale

Wann sind die **Muttermale** erstmals aufgetreten oder aufgefallen? \_\_\_\_\_

Gab es **Operationen/Entfernungen**?  nein  ja **Datum** (MM.JJJJ)

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

Welche **Operationen/Entfernungen**? \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie die **Zahl/Umfang** der vorhandenen, unter **ärztlicher Beobachtung** stehenden Muttermale und deren Lage (Körperseite, Gliedmaßen etc.)

\_\_\_\_\_

Wurde bei den **Muttermalen** eine Krebserkrankung sicher ausgeschlossen?  nein  ja

### Blut- und Laborwerte

Sind Ihnen Veränderungen der Werte des Blutbildes bekannt?  nein  ja (Fotokopie ggf. beifügen)

**Art des Wertes**

**Erhöhung/Erniedrigung  
Befund**

**Datum (MM.JJJJ)**

rote Blutkörperchen (Erythrozyten) \_\_\_\_\_

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

weiße Blutkörperchen (Leukozyten) \_\_\_\_\_

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

Blutplättchen (Thrombozyten) \_\_\_\_\_

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

andere \_\_\_\_\_

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

Sind Ihnen abweichende Blut- oder Laborwerte (auch Werte für Viren usw.) bekannt?

nein  ja (ggf. Fotokopie beifügen)

**Art des Wertes**

**Wert**

**Datum (MM.JJJJ)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

### Brustkrebs

Falls bei Ihnen **Brustkrebs** diagnostiziert wurde, machen Sie bitte Angaben zu bestimmten **Hormonrezeptoren und HER 2/ neu Überexpression:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> positiv bestimmte Östrogen-Rezeptoren    | <input type="checkbox"/> negativ bestimmte Progesteron-Rezeptoren |
| <input type="checkbox"/> negativ bestimmte Östrogen-Rezeptoren    | <input type="checkbox"/> HER 2/neu Überexpression vorhanden       |
| <input type="checkbox"/> positiv bestimmte Progesteron-Rezeptoren | <input type="checkbox"/> HER 2/neu Überexpression fehlt           |



**Arbeitsunfähig** Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**?  nein  ja  
**Diagnose** Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

**Notarztbehandlung** Erfolgte 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. ungefährer Zeitpunkt)

**Diagnose** \_\_\_\_\_  
 Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer 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)