

Selbstauskunft Augenerkrankungen

Allgemeine Angaben

Zu- und Vorname der zu versichernden Person		Antrag vom:	
Geburtsdatum:		Antragsteller / Vers.-Nummer:	
Anschrift:			

Augenerkrankungen (z. B. Kurz- / Weitsichtigkeit, etc.)

Frage 1:	a) Welche Krankheitsbezeichnung (med. Diagnose) nannte Ihnen der Behandler?	
	b) Wer behandelte Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung? (Bitte Name und Anschrift angeben)	
	c) Wie oft haben Sie in den letzten 36 Monaten einen Behandler aufgesucht?	
Frage 2:	a) Welche Beschwerden haben / hatten Sie (z. B. Augenzittern, Störung des Farbsinns, etc.)	
	b) Seit wann haben / hatten Sie diese Beschwerden?	
	c) Wann hatten Sie diese Beschwerden erstmals, wann zuletzt?	

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.		
Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Augenerkrankungen

Frage 2:	d) Bestanden <u>in den letzten fünf Jahren</u> Krankheiten der Augen? (z. B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, erhöhter Augeninnendruck, etc.) Falls ja, welche?				
Frage 3:	a) Sind / Waren aufgrund der Beschwerden / der Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus, Reha-Maßnahmen oder Kuren notwendig? Bitte Befunde beifügen.	Nein ☐	Ja ☐	Ambulant ☐	Stationär ☐
		Wann? (Zeitraum)			
		Wo? (bitte Name und Anschrift angeben)			
Frage 4:	b) Haben Sie aufgrund der Beschwerden durch die Schwere des Auftretens eine Notaufnahme aufgesucht? Falls ja, schildern Sie in Kürze warum?				
	a) Von wann bis wann waren Sie in Behandlung oder Kontrolle?				
	b) Sind Sie zurzeit noch in Behandlung? Dazu zählen auch Nach- / Kontrolluntersuchungen zu ausgeheilten / abgeklungenen Erkrankungen.	Nein ☐ Ja ☐			

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.		
Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Augenerkrankungen

Frage 4:	c) Wurden Sie operiert? Falls ja, welche Operation war es und wann fand diese statt? Dazu zählen auch ambulante Operationen.			
	d) Wurde Ihnen eine Operation empfohlen oder stehen noch Behandlungsmaßnahmen bzw. Kontrollen bevor? (z. B. Untersuchung der Sehschärfe, Messung des Augeninnendrucks, etc.) Falls ja, welche?			
	e) Sind Laserbehandlungen der Augen vorgesehen oder bereits durchgeführt worden? (z. B. Laserbehandlung der Netzhaut, der Hornhaut zur Korrektur eines Sehfehlers (LASIK)) Falls ja, welche?			
	f) Wurden Bilddokumentationen / bildgebende Diagnostiken durchgeführt? Falls ja, Befund bitte beifügen.	Nein ☐ Ja ☐		
	g) Nehmen Sie alternative Heilbehandlungsmethoden in Anspruch oder ziehen Sie es in Betracht? Falls ja, welche Methoden betrifft dies?	Nein ☐ Ja ☐		
Frage 5:	a) Erhalten / Erhielten Sie Medikamente? Falls ja, welche und in welchen Zeitabständen werden / wurden diese verabreicht?	Nein ☐ Ja ☐		
	b) Nehmen Sie das Medikament weiterhin?			
	c) Erhalten / Erhielten Sie Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlung, Bäder?	Nein ☐ Ja ☐	Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten?	

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.		
Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Augenerkrankungen

Frage 5:	d) Erhalten / Erhielten Sie Injektionen?	Nein ☐ Ja ☐	Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten?	
	e) Erhalten / Erhielten Sie sonstige Behandlungen (z. B. Psychotherapie, Spiegelungen etc.)? Bitte Befund beifügen.	Nein ☐ Ja ☐		
Frage 6:	a) Sind Sie jetzt beschwerdefrei?	Nein ☐ Ja ☐	Falls ja, seit wann?	
	b) Welche Beschwerden bestehen weiterhin?			
	c) Haben diese Erkrankung / Beschwerden Folgen hinterlassen? (z. B. Sehstörungen trotz Korrektur mit Brille oder Kontaktlinsen, Kopfschmerzen bei hoher Sehanforderung, etc.) Falls ja, welche?			
	d) Benötigen Sie Hilfsmittel? (z. B. Lupen, etc.)			
Frage 7:	a) Weswegen waren Sie zum letzten Mal beim Arzt / Heilpraktiker (med. Diagnose) und wann war dies?			
	b) Was wurde festgestellt (med. Diagnose)?			
	c) Bitte geben Sie Name und Anschrift des Behandlers an.			

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.		
Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person