

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

Eierstockzyste	Myom der Gebärmutter	Endometriose
Eierstockkrebs	Gebärmutterhalskrebs	Prostatavergrößerung
Erhöhter PAP-Wert	Feigwarzen	Sonstige:

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

Keine	Schmerzen	Blutungen
Krämpfe	Häufiger Harndrang	Sonstige:

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

einmalig wiederholt | in welchen Abständen (Datum?) andauernd

Wann erstmals? Wann zuletzt?

4. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?

Keine Medikamente:

von: bis: In welcher Dosierung? täglich bedarfsweise ____ mal im Jahr

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

Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Behandlungszeitraum von: <input style="width: 100px;" type="text"/> bis: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Behandlungszeitraum von: <input style="width: 100px;" type="text"/> bis: <input style="width: 100px;" type="text"/>

6. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja | wann: Welche? Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

Wurde Ihnen ein Organ oder Gewebe entfernt? Ja | welches? Nein

Ergebnis des Gewebefundes? gutartig bösartig | TNM - Einstufung

(Bei Bösartigkeit bitte Befund/Histologie und letzten Nachsorgebefund beifügen)

7. Werden oder wurden weitere Therapien durchgeführt?

Strahlentherapie Chemotherapie Radiumjodtherapie Sonstige: Nein

von: bis: Wie oft?

8. Wann fand die letzte gynäkologische/urologische Kontrolluntersuchung statt?

Wann | Mit welchem Ergebnis?

PAP-Wert (I - IV): HPV: positiv negativ

B

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

Ja | wann:

Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

10. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studierunfähig gewesen?

Ja | von: bis:

Ja | von: bis:

Nein

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

Ja | zu welchen?

Nein

12. 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