

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