

Fragebogen: Harnwegs- & Nierenerkrankungen

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachmeldungen möglich)?

<input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt	<input type="checkbox"/> Prostatitis	<input type="checkbox"/> Nierenentzündung	<input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündung
<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Einnierigkeit	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Kolik
<input type="checkbox"/> Blasenentzündung	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

2. Liegt eine Nierenschädigung vor?

Ja | Umfang: _____

Nein

3. Sind Steine aufgetreten?

Ja | wann: [][]/[][] (MM/JJJJ) | wo: _____ | entfernt: [][]/[][] (MM/JJJJ)

Nein

4. Sind jetzt noch Steine feststellbar?

Ja | nähere Angaben: _____

Nein

5. Wann fand die letzte Untersuchung des Urins statt?

Datum: [][]/[][] (MM/JJJJ)

Ergebnis: _____

6. Bei Einnierigkeit (aktuelle Werte, wie Kreatinwerte und Nierenzintigramm):

a) Wieso besteht die Einnierigkeit?

Grund: _____

seit wann: _____

b) Hat die verbliebene Niere die volle Funktion übernommen?

Ja | Umfang der Beeinträchtigung: _____

Nein

7. Fanden ambulante Behandlungen statt?

Ja | von: _____ bis: _____

Nein



Fragebogen: Harnwegs- & Nierenerkrankungen

B

8. Fand eine stationäre Behandlung statt?

Ja
 OP | Datum der OP: _____ Art: _____
 OP angeraten | wann: _____ Art: _____
 Sonstiges: _____
 Nein

Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

Medikation
 Name Dosierung
 Einnahme seit abgeschlossen seit: _____ dauerhaft

Untersuchungen
 welche Ergebnis
 Sonstiges: _____

9. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

Ja
 Aufenthalt | von: _____ bis: _____
 Aufenthalt angeraten: _____
 Sonstiges: _____
 Nein

10. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

11. Besteht Behandlungsfreiheit?

Ja | seit: _____ Nein

12. Besteht Beschwerdefreiheit?

Ja | seit: _____ Nein