

Fragebogen: Ohrenerkrankungen

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?

- | | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Hörsturz | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Morbus Menière | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Otosklerose | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> akut | <input type="checkbox"/> chronisch | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |

2. Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

Datum: (mindestens MM/JJJJ)

3. Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

- | | | |
|---|-----------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ohrenscherzen | Zeitraum: _____ | letztmalig aufgetreten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ohrenfluss | Zeitraum: _____ | letztmalig aufgetreten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ohrenpfropf | Zeitraum: _____ | letztmalig aufgetreten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ohrengeräusche | Zeitraum: _____ | letztmalig aufgetreten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | Zeitraum: _____ | letztmalig aufgetreten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

4. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?

- Infektion
 Stress
 neurologischer Hintergrund
 Sonstiges: _____

5. Ist das Hörvermögen gemindert?

- Ja | Ergebnis der Audiometrie: _____
 Nein

6. Wird ein Hörgerät getragen bzw. ist angeraten?

- Ja Nein

7. Nur auszufüllen, wenn Frage 6 mit „Ja“ beantwortet wurde:

Auf welcher Seite wird ein Hörgerät getragen:
 rechts
 links
 beidseitig
 Wann wurde das Hörgerät verordnet?
 Datum: (mindestens MM/JJJJ)

8. Besteht eine Durchlöcherung des Trommelfells?

- Ja Nein

9. Ist der Hörnerv noch intakt?

- Ja Nein



Fragebogen: Ohrenerkrankungen

B

10. Fanden ambulante Behandlungen statt?

- Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

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

- Medikation

Name	Dosierung
------	-----------

Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft
---------------	---

- Untersuchungen (Tonometrie, Ophtalmoskopie, Visusprüfung)

welche	Ergebnis
--------	----------

Sonstiges: _____

11. Fand eine stationäre Behandlung statt?

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

- Nein

12. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

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

- Nein

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

- Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

14. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

15. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein