

# Fragebogen: Frauenkrankheiten

**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?**

- Gebärmutterhalskrebs       Myom       Ovarialzyste       Mammakarzinom       Klimakterium
- Endometriose       Sterilität/unerfüllter Kinderwunsch       Fehlgeburt
- HPV-Werte außerhalb des Normbereiches (bitte zytologischen Befund mit einreichen)
- Brusterkrankung | welche: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**2. Welche Beschwerden traten auf?**

- Blutungen       Schmerzen | wo: \_\_\_\_\_
- Krämpfe       Sonstiges: \_\_\_\_\_

**3. Wurden Brust, Gebärmutter oder Eierstöcke entfernt?**

- Ja | nähere Angaben: \_\_\_\_\_
- Nein

**4. Wurden Sie mit Röntgen- oder Radiumstrahlen behandelt oder fand eine Chemotherapie statt?**

- Ja      | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Nein

**5. Wann traten die Beschwerden erstmalig auf?**

Datum:     (mindestens MM/JJJJ)

**6. Fanden ambulante Behandlungen statt?**

- Ja      | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Nein

**7. 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

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

- Sonstiges: \_\_\_\_\_



# Fragebogen: Frauenkrankheiten

B

## 8. Finden regelmäßige Kontrolluntersuchungen statt?

- Ja | in welchen Abständen: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 9. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Ja  OP | Datum der OP: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_  
 OP angeraten | wann: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Nein

## 10. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja  Aufenthalt | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Aufenthalt angeraten: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Nein

## 11. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 12. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja | seit: \_\_\_\_\_  Nein

## 13. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: \_\_\_\_\_  Nein