

Fragebogen HÄMOPHILIE – VON WILLEBRAND-KRANKHEIT

Angaben zur versicherten Person

Zu versichernde Person

Versicherungsantrag Nr.

Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt oder Anfechtung rückwirkend verlieren.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 16 ff. VersVG

Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

Angaben zur Erkrankung

1. Welche Erkrankung liegt vor?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hämophilie A (Faktor VIII-Mangel) | <input type="checkbox"/> Hämophilie A, kombiniert mit vWK |
| <input type="checkbox"/> Hämophilie B (Faktor IX-Mangel) | <input type="checkbox"/> Hemmkörper-Hämophilie |
| <input type="checkbox"/> von Willebrand-Krankheit (vWK) | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Typ 1 | |
| <input type="checkbox"/> Typ 2 | |
| <input type="checkbox"/> Typ 3 | |
| <input type="checkbox"/> Unbekannt | |

2. In welchem Alter wurde die Diagnose gestellt?

- 0 - 20. Lebensjahr später

3. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten fünf Jahre in (fach-)ärztlicher Behandlung? Falls ja: Seit wann?

- Nein
 Ja seit wann: _____

Wann war die letzte Untersuchung? _____
Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an.

4. Wurden innerhalb der letzten fünf Jahre technische Untersuchungen (z. B. Labor, Urinuntersuchung, Röntgen) durchgeführt?

- Nein
 Ja
Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?

5. Wurde innerhalb der letzten fünf Jahre ein HIV-Antikörper-Test (AIDS-Test) durchgeführt?

- Nein
 Ja
Falls ja: Wann? Ergebnis?

6. Erfolgt innerhalb der letzten fünf Jahre weitere Untersuchungen (z. B. durch einen Orthopäden, Gastroenterologen, Internisten)?

- Nein
 Ja
Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?

7. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Operationen durchgeführt bzw. war ein Krankenhausaufenthalt erforderlich?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis? _____

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. des Arztes an.

8. Sind Operationen angeraten oder geplant?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Welche? _____

9. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis? _____

10. Aus welchem Anlass erfolgte die Erstfeststellung der Krankheit?

Operation

Unfall

Wundheilstörung

Zahnarztbehandlung

Sonstiger Anlass: _____

11. Sind innerhalb der letzten fünf Jahre Blutungen aufgetreten?

Nein

Ja

Falls ja: Wo?

In den Gelenken

In der Muskulatur

Im Schädel

In der Haut/Schleimhaut

Im Bauchraum

In den Nieren/Harnwegen

Sonstige: _____

12. Bestehen Folgen früherer Blutungen?

Nein

Ja

Falls ja: Welche? Wann traten diese auf? _____

13. Leiden oder litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre an sonstigen Störungen der Blutgerinnung oder der Blutbildung?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Welche? _____

14. Wurde innerhalb der letzten fünf Jahre eine Erkrankung der Leber und der Milz ausgeschlossen?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Bitte eventuell vorliegende Untersuchungsbefunde in Kopie mit einreichen

15. Werden Sie innerhalb der letzten fünf Jahre medikamentös behandelt (z. B. mit Immunsuppressiva)?

Nein

Ja

Falls ja: Bitte Medikamentenname und Dosierung angeben.

16. Haben Sie innerhalb der letzten zehn Jahre eine Bluttransfusion erhalten?

Nein

Ja

Falls ja: Wie häufig? Wann? _____

17. Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten fünf Jahre bei Ihren Eltern oder Geschwistern Blutgerinnungs-Störungen bzw. Bluterkrankheiten?

Nein

Ja

Falls ja: Welche Erkrankung? Bei wem? _____

18. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

Nein

Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: _____

19. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten andere Medikamente verordnet?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Welche? _____

20. Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an, der uns über Ihren aktuellen Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann.

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben?
(Bitte immer beantworten)

Zusätzliche Angaben sind beigefügt. Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben. Es folgen noch Angaben. Anzahl Extrablätter: ____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder den Vertrag rückwirkend anpassen und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweigern kann. Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglistiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleistung verweigern.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

Unterschrift(en) ges. Vertreter (bei Minderjährigen)