

# Fragebogen: Nieren- und Harnwegserkrankungen

**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

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

**1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?**

- |                          |                 |                                |
|--------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Blasenentzündung         | Harnleiterstein | Harnröhrenverengung            |
| Nierenbeckenentzündung   | Harninkontinenz | Chronische Niereninsuffizienz  |
| Nierenstein              | Nierengrieß     | Polyzystische Nierenerkrankung |
| Einzelniere              | Schrumpfniere   | Nierenkolik                    |
| Nierenzyste-/n   Anzahl? | Sonstige:       |                                |
| rechtsseitig             | linksseitig     | beidseitig                     |

**2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?**

- Schmerzen    Koliken    Blut im Urin    Ständiges Wasserlassen    Sonstige:

**3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?**

Wann erstmals?     Wann zuletzt?

einmalig    wiederholt | in welchen Abständen (Datum)?     andauernd

**4. Falls ein Nierenstein-/ Gries besteht oder bestand:**

- einseitig    beidseitig    einzelner Stein    mehrere Steine
- Wann und wie oft aufgetreten?
- Letzter Steinabgang?     Kein Steinabgang
- Noch vorhandene Nierensteine?    Ja | wie viele?    Nein

**5. Falls eine Einzelniere/Schrumpfniere besteht:**

Hat die verbleibende/andere Niere die volle Funktion übernommen?    Ja    Nein

(Bitte letzten Kontrollbefund mit Nierensonographie und Nierenfunktionswerten beifügen)

**6. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?**

- unbekannt    angeboren    Unfallfolge    Sonstige:

**7. Wurden krankhafte Veränderungen des Urins, des Blutdrucks, der Nierenfunktions- oder Blutwerte (z. B. erhöhte Kreatinin, Blutzucker, Cholesterin) festgestellt?**

Ja | wann zuletzt?     Nein

(Bitte Laborwerte/Befunde im Verlauf beifügen)

**8. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?**

Keine    Medikamente:    von:     bis:

In welcher Dosierung?    täglich    bei Bedarf    \_\_\_\_\_ mal im Jahr

