

Selbstauskunft: Augenerkrankungen

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Fragen 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. Dioptrienwerte?

rechtes Auge: _____ dpt linkes Auge: _____ dpt

2. Bitte notieren Sie die Ergebnisse der letzten Augendruckmessung

rechtes Auge: _____ mmHg linkes Auge: _____ mmHg

3. Wie lautet die exakte Diagnose?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> grauer Star | <input type="checkbox"/> grüner Star | <input type="checkbox"/> Netzhautablösung |
| <input type="checkbox"/> Glasaugen | <input type="checkbox"/> Keratokonus | <input type="checkbox"/> Augentumor |
| <input type="checkbox"/> Astigmatismus | <input type="checkbox"/> Entzündung weitere Angaben: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

4. Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

Datum: (mindestens MM/JJJJ)

5. Welche/s Auge/n ist/sind betroffen?

- rechtes Auge linkes Auge beide Augen

Bei nur einem betroffenen Auge: Wie ist der Zustand des „gesunden“ Auges?

6. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?

- | | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> allergische Reaktion | <input type="checkbox"/> angeborener Fehler | <input type="checkbox"/> Entzündung | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Verletzung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

7. Welche Beschwerden bestehen?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit | <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit | <input type="checkbox"/> Gesichtsfeldeinschränkung |
| <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

8. Fanden ambulante Behandlungen statt?

- Ja | von: _____ bis: _____
- Nein

Selbstauskunft: Augenerkrankungen

B 9. Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

Medikation

Name

Dosierung

Einnahme seit

abgeschlossen seit: _____ dauerhaft

Untersuchungen (Tonometrie, Ophthalmoskopie, Visusprüfung)

welche

Ergebnis

Sonstiges: _____

10. Fand eine stationäre Behandlung statt?

Ja OP | Datum der OP: _____ Art: _____

OP angeraten | wann: _____ Art: _____

Sonstiges: _____

Nein

11. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

Ja Aufenthalt | von: _____ bis: _____

Aufenthalt angeraten: _____

Sonstiges: _____

Nein

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

Ja | von: _____ bis: _____

Nein

13. Besteht Behandlungsfreiheit?

Ja | seit: _____ Nein

14. Besteht Beschwerdefreiheit?

Ja | seit: _____ Nein

Ort, Datum

Unterschrift