ArbeitskraftschutzFlex
IG Bergbau Chemie Energie

Service-Center
IG BCE Arbeitskraftschutz Flex
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Hörsturz/Tinnitus

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Wie lautet die Diagnose Ihrer Erkrankung/ Beschwerden?
(z. B. Ohrgeräusche, Tinnitus, Schwindel, Hörminderung, Hörverlust, Hörsturz)

_____

2. Wie ist die Erkrankung/sind die Beschwerden aufgetreten?

☐ einmalig
wann _____
Dauer _____

☐ wiederholt
wann erstmals _____
wann zuletzt _____
wie oft _____ pro Jahr

☐ ständig/dauerhaft
seit wann _____

3. Welche Ursache liegt/lag der Erkrankung/den Beschwerden zugrunde?

☐ Stressreaktion oder Überlastung (z. B. familiär oder beruflich)
☐ Knalltrauma
☐ keine erkennbare oder bekannte Ursache
☐ eine andere Erkrankung, ein Unfall, eine Operation

_____

4. Welches Ohr ist/war betroffen?

☐ links
☐ rechts
☐ beidseits

5. Besteht eine Minderung des Hörvermögens?

☐ ja, rechts _____ % (Hörminderung, wenn bekannt)
☐ ja, links _____ % (Hörminderung, wenn bekannt)
☐ nein, in einem Hörtest konnte eine Hörminderung ausgeschlossen werden
☐ unbekannt, es wurde kein Hörtest durchgeführt

6. Bestehen noch andere Folgen/Beschwerden?

☐ ja, folgende Beschwerden bestehen noch

_____

☐ nein, beschwerdefrei seit _____

7. Werden Sie wegen der Erkrankung/Beschwerden zurzeit behandelt?

☐ keine Behandlung
☐ Medikamente, Infusionen (Name Präparat)

_____

☐ Hörgerät
☐ sonstige Behandlung, welche

_____

FRAGEBOGEN Hörsturz/Tinnitus
Versicherung Nr. _____
Versicherte Person _____

8. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

☐ ja
☐ nein, welche Einschränkungen bestehen

_____

9. Bestehen in Ihrem Beruf erhöhte Anforderungen an ein uneingeschränktes Hörvermögen?

☐ ja, welche _____

☐ nein

10. Sind Sie wegen der Erkrankung/Beschwerden arbeitsunfähig gewesen?

☐ ja, von _____ bis _____

☐ nein

11. Haben Sie wegen Ihrer Beschwerden einen Berufs-/Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dies ärztlicherseits empfohlen?

☐ ja, wann _____

weshalb _____

☐ nein

12. Von wem (Arzt/Krankenhaus/Kurklinik) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung/Beschwerden untersucht oder behandelt?

(Name, vollständige Anschrift, Fachrichtung)

_____

_____

_____

_____

Zeitpunkt/Zeitraum des letzten Arztbesuches

von _____ bis _____

Welche Untersuchungen/Behandlungen sind erfolgt?

_____

_____

_____

_____

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhafte Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

_____ _____

Datum

Unterschrift Versicherte Person
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter