

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 Hörminde-
rung ausgeschlossen werden

unbekannt, es wurde kein Hörtest durchge-
führt

6. Bestehen noch andere Folgen/Beschwerden?

ja, folgende Beschwerden bestehen noch

nein, beschwerdefrei seit _____

**7. Werden Sie wegen der Erkrankung/Beschwer-
den 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 schuldhaft 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