



# Selbstauskunft Prostata-/ Harnwegserkrankungen

Name, Vorname				Geburtsdatum			
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers							
Straße und Hausnummer							

Behandelt wegen							
-----------------	--	--	--	--	--	--	--

1. Wie lautet der ärztliche Befund ?	<input type="checkbox"/> Blasen-/Harnwegsentzündung <input type="checkbox"/> Zystenniere	
	<input type="checkbox"/> Blasensteine <input type="checkbox"/> Wander-/Senkniere	
2. Welche Ursachen sind bekannt ?	<input type="checkbox"/> Harnleitersteine <input type="checkbox"/> Einnierig-/Doppelnierigkeit	
	<input type="checkbox"/> Nierensteine <input type="checkbox"/> Prostatitis	
3. Welche Beschwerden bestehen/bestanden ?	<input type="checkbox"/> Nierenzyste <input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung	
	<input type="checkbox"/> Nieren-/Nierenbeckenentzündung <input type="checkbox"/> Prostatatumor	
4. Wann waren Sie in ärztlicher Behandlung in den letzten 3 Jahren ?	<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	
	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Sontiges, und zwar	
5. Welche Medikamente werden bzw. wurden eingenommen?	<input type="checkbox"/> Infektion	
6. War eine Behandlung im Krankenhaus erforderlich ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Krankenhausentlassungsbericht bitte beifügen	
	<input type="checkbox"/> ja, Krankenhausentlassungsbericht bitte beifügen	
7. Wurde eine Operation angedacht bzw. durchgeführt ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, angedacht <input type="checkbox"/> ja, durchgeführt	
	<input type="checkbox"/> ja, durchgeführt	
8. Wurden Nieren-/Harnleiter-/Blasensteine entfernt ? (nur zu beantworten wenn dies in Frage 1 angegeben wurde)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Abgang auf natürlichem Weg	
	<input type="checkbox"/> ja, durch Zertrümmerung/Operation	
9. Wann fand die letzte Behandlung statt ?		
10. Besteht Beschwerdefreiheit ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	
	<input type="checkbox"/> ja, seit	
11. Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern wurden Sie behandelt ? (Bitte Namen und Anschrift angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	
	<input type="checkbox"/> ja, seit	

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)