

Fragebogen: Ohrenerkrankungen

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Wie lautet die exakte Diagnose?

- | | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Hörsturz | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Morbus Menière | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Otosklerose | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> akut | <input type="checkbox"/> chronisch | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |

2. Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

Datum: (mindestens MM/JJJJ)

3. Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

- | | | |
|---|-----------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ohrenscherzen | Zeitraum: _____ | letztmalig aufgetreten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ohrenfluss | Zeitraum: _____ | letztmalig aufgetreten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ohrenpfropf | Zeitraum: _____ | letztmalig aufgetreten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ohrengeräusche | Zeitraum: _____ | letztmalig aufgetreten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | Zeitraum: _____ | letztmalig aufgetreten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

4. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?

- Infektion
 Stress
 neurologischer Hintergrund
 Sonstiges: _____

5. Ist das Hörvermögen gemindert?

- Ja | Ergebnis der Audiometrie: _____
 Nein

6. Wird ein Hörgerät getragen bzw. ist angeraten?

- Ja Nein

7. Nur auszufüllen, wenn Frage 6 mit „Ja“ beantwortet wurde:

Auf welcher Seite wird ein Hörgerät getragen: rechts links beidseitig

Wann wurde das Hörgerät verordnet? Datum: (mindestens MM/JJJJ)

8. Besteht eine Durchlöcherung des Trommelfells?

- Ja Nein

9. Ist der Hörnerv noch intakt?

- Ja Nein

Fragebogen: Ohrenerkrankungen

B

10. Fanden ambulante Behandlungen statt?

- Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

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: _____

11. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Ja OP | Datum der OP: _____ Art: _____
 OP angeraten | wann: _____ Art: _____
 Sonstiges: _____
 Nein

12. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja Aufenthalt | von: _____ bis: _____
 Aufenthalt angeraten: _____
 Sonstiges: _____
 Nein

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

- Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

14. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

15. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Kunde