

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

D522222

Selbstauskunft Hochwuchs und Minderwuchs

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. **Besteht ein** Hochwuchs Minderwuchs

3. **Wann wurde der Hochwuchs/ Minderwuchs erstmals festgestellt und was ist die Ursache?**

_____ (Monat/ Jahr)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> familiär bedingt | <input type="checkbox"/> chromosomale Störung |
| <input type="checkbox"/> Skelettdysplasien | <input type="checkbox"/> hormonelle Störung | <input type="checkbox"/> Gendefekt(e) |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | |

4. **Wie wird der Hochwuchs/ Minderwuchs behandelt?**

- keine Behandlung
- Hormonbehandlung von _____ (Monat / Jahr) bis _____ (Monat / Jahr)
- orthopädische Behandlung von _____ (Monat / Jahr) bis _____ (Monat / Jahr)
- Medikament(e), Präparatename(n): _____
Tagesdosis: _____
- Sonstige, welche? _____
Wann? _____ (Monat/ Jahr)

5. **Welche Erkrankungen/ Beschwerden bestanden oder bestehen?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Schmerzen in den Knochen, Gelenken und Muskeln |
| <input type="checkbox"/> Gelenkverschleiß | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> psychosoziale Probleme | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |

6. **Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten sind/ waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen den Erkrankung(en) in Behandlung?**

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Orthopäde | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> Krankenhaus-/ Kuraufenthalt |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | | |
| (Falls ja, bitte Entlassungsbericht beilegen.) | | | |

Name, vollständige Anschrift: _____

