

Zusatzfragebogen

als Ergänzung zum Antrag/ zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom: _____

(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag/ in der Anmeldung
bzw. in der Angebotsanforderung)

Zuname

Versicherungsnummer

Vorname

Geburtsdatum

Leber- und Gallenerkrankungen

Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- | | |
|--|--|
| ☐ Fettleber (Steatosis hepatis) | ☐ Lebervergrößerung |
| ☐ Leber- und Milzvergrößerung | ☐ Milzvergrößerung |
| ☐ Leberfibrose | ☐ Leberzirrhose |
| ☐ Lebertumor | ☐ Gallensteine |
| ☐ Gallenblasenentzündung | ☐ Gallengangsentzündung |
| ☐ Gallenblasentumor | ☐ Gallengangstumor |
| ☐ Leberentzündung, Hepatitis | |
| ☐ Typ A ☐ Typ B ☐ Typ C ☐ Typ D ☐ Typ E | |
| ☐ akut ☐ chronisch ☐ subakut | |
| ☐ Sonstige, welche? | |

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

- | | |
|--|---|
| ☐ Appetitlosigkeit | ☐ Erbrechen, Übelkeit |
| ☐ Bauchschmerzen | ☐ Gewichtsveränderung |
| ☐ Erbrechen | ☐ Koliken |
| ☐ Durchfälle | ☐ Übelkeit |
| ☐ Sonstige, welche? | ☐ Völle- und Druckgefühl |
-

Wann treten bzw. traten die Beschwerden auf?

erstmalig? _____ zuletzt? _____

Wie oft treten die Beschwerden im Durchschnitt auf?

_____ mal/ Tag _____ mal/ Monat _____ mal/ Jahr

Was ist die Ursache der Erkrankung?

- | | |
|--|--|
| ☐ Stress | ☐ Genussgifte (Kaffee, Alkohol, Zigaretten) |
| ☐ Ernährung | ☐ Virusinfektion |
| ☐ Nervosität | ☐ Medikamente |
| ☐ Sonstige, welche? | |
-

Handelt/e es sich um ein gut- oder bösartiges Krankheitsgeschehen?

- ☐ gutartig ☐ bösartig

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

- | | |
|--|-------------|
| ☐ Laboruntersuchungen | wann? _____ |
| ☐ Röntgenuntersuchung | wann? _____ |
| ☐ Ultraschalluntersuchung | wann? _____ |
| ☐ Sonstige, welche? | wann? _____ |
-

Befunde, Untersuchungsergebnisse?

Bitte überlassen Sie uns eine Kopie der Behandlungs- und Befundberichte!

Welche Behandlungsweisen/ Therapien sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

☐ medikamentöse Therapie, Name? - Dosierung? von - bis? _____

☐ Diät von - bis? _____

☐ Operation, welche? wann? _____

☐ Sonstige, welche? von - bis? _____

Wann waren Sie zuletzt in Behandlung? wann zuletzt? _____

Sind weitere diagnostische und/oder
therapeutische Maßnahmen notwendig,
angeraten oder beabsichtigt?

☐ ja ☐ nein

Wenn „ja“, welche?

Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?

☐ ja ☐ nein

Wenn „ja“, seit wann?

Wenn „nein“, welche Beschwerden bestehen?
