

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Erkrankungen der Verdauungsorgane (1.4)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Verdauungsorgane (auch Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber; auch Sodbrennen, Magenschmerzen [mehr als 6 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Blut im Stuhl) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Sodbrennen, Schmerzen, Speiseunverträglichkeiten, Verdauungsbeschwerden, Durchfall, Verstopfung, Blut im Stuhl, blutiges oder galliges Erbrechen, Gelbsucht, körperliche Schwäche)? nein ja

Falls ja, wann erstmals?

Wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?

(Bitte alle Behandlungen der letzten 3 Jahre angeben und die erste Behandlung, auch

wenn sich diese außerhalb dieses Zeitraums befindet. Bitte ggf. Beiblatt benutzen.)

nein ja

erstmals aufgesucht am: .. zuletzt aufgesucht am: ..

erstmals aufgesucht am: .. zuletzt aufgesucht am: ..

4. Wurden **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen [Leber- oder Bauchspeicheldrüsenenzyme, Antikörperbestimmungen, Hepatitisserologie], Stuhluntersuchungen und Erregernachweise) festgestellt? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann? ..

5. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen **in den letzten 3 Jahren** behandelt?

keine Behandlung

medikamentös

Medikamentenname: _____

von: .. bis: ..

wie oft täglich? _____

weitere Medikamente

Medikamentenname: _____

von: .. bis: ..

wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

von: .. bis: ..

wie oft täglich? _____

Diät

von: .. bis: ..

andere Therapien

Welche? _____

von: .. bis: ..

wie oft wöchentlich? _____

6. Hat sich Ihr Körpergewicht **in den letzten 3 Jahren** geändert?

nein ja

Falls ja, haben Sie zugenommen oder abgenommen?

Wie viele kg in welchem Zeitraum?

12. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x