

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

Bauchspeicheldrüsenerkrankungen

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?

- | | |
|---|---|
| ☐ Bauchspeicheldrüsentumor | ☐ Bauchspeicheldrüsenzyste |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Mukoviszidose |
| ☐ Bauchspeicheldrüsenentzündung | |
| ☐ akut ☐ chronisch ☐ rezidivierend | |
| ☐ 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 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?

Welcher Arzt kann Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben.)

This image shows a full page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for writing or drawing. There are no margins, text, or other markings on the page.

Hinweis: Bitte überlassen Sie uns für kurze Zeit (möglichst in Kopie) die Ihnen vorliegenden Entlassungs- und Untersuchungs- sowie Behandlungs- und Befundberichte.

Erklärung

Die gemachten Angaben zu den Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.
Für die Richtigkeit der Angaben bin ich alleinverantwortlich, auch wenn ich die Erklärung nicht selbst ausgefüllt habe. Die Hinweise auf die „Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag habe ich beachtet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten