

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)

Magenerkrankungen

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?

- | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> akut | <input type="checkbox"/> chronisch | <input type="checkbox"/> Refluxkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Reizmagen | | | <input type="checkbox"/> Magendivertikel |
| <input type="checkbox"/> Magenpolyp | | | <input type="checkbox"/> Magentumor |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | | | |

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Gewichtsveränderung |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Durchfälle | <input type="checkbox"/> Völle- und Druckgefühl |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen, Übelkeit | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | |

Wann treten bzw. traten die Beschwerden auf?

erstmalig? _____ zuletzt? _____

Wie oft treten die Beschwerden im Durchschnitt auf?

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

Liegt eine Grunderkrankung bzw. Ursache vor? ja nein

Wenn »ja«, welche?

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

gutartig bösartig

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt bzw. angedacht?

Magen-, Darmspiegelung wann? _____

Atemtest (Helicobacter pylori) 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? _____

Psychotherapie von - bis? _____

Sonstige, welche? von - bis? _____

Wurde der Befund einer Refluxösophagitis gestellt? ja nein

Wenn »ja«, kennen Sie den Grad/ das Stadium der Refluxösophagitis? ja nein

Wenn »ja«, welcher Grad/welches Stadium liegt vor? Grad I Grad II
 Grad III Grad IV

Wurde der Befund einer Zwerchfellhernie gestellt? ja nein

Wenn »ja«, welcher Befund liegt vor? axiale Hiatushernie
 paraösophagale Hernie

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.)

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller/ Anmeldenden bzw. Interessenten:

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. Ich weiß, dass ich bei Verletzung dieser Pflichten meinen Versicherungsschutz gefährde bzw. kein annahmefähiges Angebot erstellt werden kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten
