

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

\_\_\_\_\_  
Postfach 1660  
61406 Oberursel

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Versicherungs-Nr.:**

\_\_\_\_\_

Zu versichernde Person:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

### Fragebogen zu Leber-, Gallen- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen

1. An welchen Erkrankungen bzw. Funktionsstörungen der Leber, Gallenblase/, -wege und der Bauchspeicheldrüse leiden oder litten Sie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Gelbsucht, Speiseunverträglichkeit, Schmerzen, Verdauungsbeschwerden, körperliche Schwäche)?

nein  ja

Falls ja, wann erstmals? |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

wann zuletzt? |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Welche Beschwerden, in welchen Abständen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben. Falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler)

nein  ja

Falls ja,

1) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

---

---

---

erstmals aufgesucht am:

zuletzt aufgesucht am:

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

---

---

---

erstmals aufgesucht am:

zuletzt aufgesucht am:

4. Wurden erhöhte Leberwerte im Blut festgestellt?

nein  ja

Falls ja, wann zuletzt?

Wurde eine Hepatitisserologie oder ein Hepatitisvirusnachweis durchgeführt?

nein  ja

Falls ja, wann zuletzt?

Wurden erhöhte Bauchspeicheldrüsenenzyme im Blut festgestellt?

nein  ja

Falls ja, wann zuletzt?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

**Befunde bitte beifügen!**

5. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie, oder Ultraschalluntersuchung) diesbezüglich durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche Untersuchung und wann?

---

---

---

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

6. Besteht eine Vergrößerung oder Veränderung der Leber, Gallenblase, Gallenwege (auch Gallensteine) oder der Bauchspeicheldrüse?  nein  ja

Falls ja, welche Veränderung?

---

---

---

7. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren geändert?  nein  ja

Falls ja, haben Sie zu oder abgenommen?

Wie viele kg in welchem Zeitraum?

---

8. Sind aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?  nein  ja

Falls ja, welche Komplikationen und wann?

---

---

---

9. Wurde eine feingewebliche Untersuchung im Rahmen einer Punktion/Biopsie oder einer Operation durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, wann und welches Ergebnis?

---

---

---

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

10. Sind Operationen diesbezüglich durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche und wann?

---

---

---

Wo? Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses:

---

---

---

11. Waren aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden Behandlungen in einem Krankenhaus /stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?

nein  ja

**Befunde bitte beifügen!**

Falls ja, welche und wann?

---

---

---

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

---

---

---

12. Wie wurde / wird ansonsten behandelt?

keine Behandlung

Medikamente

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

weitere Medikamente

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Diät

Art der Diät: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

andere Therapien

welche? \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

13. Sind Folgen der Erkrankung/der Beschwerden zurückgeblieben?

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

14. Haben die Beschwerden/Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?

nein  ja

Falls ja, zu welchen?

---

---

---

15. Waren Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden arbeitsunfähig?  nein  ja

Falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal

von: |\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

von: |\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

16. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?  nein  ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung / die Beschwerden 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 Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

