

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

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?

- | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------------|--|
| <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. angeraten?

- | | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Magen-, Darmspiegelung | wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Atemtest (Helicobacter pylori) | wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung | wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchung | wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | wann? _____ |
-

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. Die Hinweise auf die „Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag habe ich beachtet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten