

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?

7. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen arbeitsunfähig? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: | | | | . | | | | . | | | | |

bis: | | | | . | | | | . | | | | |

von: | | | | . | | | | . | | | | |

bis: | | | | . | | | | . | | | | |

8. Wurden **in den letzten 5 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen eine Spiegelung (Endoskopie) der Verdauungsorgane (Speiseröhre, Magen, Gallenwege, Gallenblase, Bauchspeicheldrüsengang, Darm), Gewebsentnahmen (Biopsien) oder eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT], Ultraschalluntersuchungen) durchgeführt?

Befunde bitte beifügen!

☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann? | | | | . | | | | . | | | | |

9. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!** ☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

Wann? | | | | . | | | | . | | | | |

10. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? **Befunde bitte beifügen!** ☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

Wann? | | | | . | | | | . | | | | |

11. Wurde ein Teil der Verdauungsorgane ganz oder teilweise entfernt oder eine Entfernung angeraten? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, welches Organ?

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)

