

Lebererkrankungen

Versicherungs-Nr.:	
Antragsteller zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	Name, Vorname
1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung? (z.B. Leberentzündung / Hepatitis A, B, ..., Fettleber, Leberzyste...)	
2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch? (z.B. Verdauungsbeschwerden, Schmerzen, Gelbsucht, Koliken, Leberschwellung usw.)	
3. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten?	
4. Welche Ursache nannte Ihr Arzt für die Beschwerden?	
5. Über welchen Zeitraum sind die Beschwerden aufgetreten?	
6. Kam es zu Rückfällen? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
7. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei? Wenn ja, seit wann? Wenn nein, welche Folgen / Beschwerden bestehen noch?	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein
8. Werden / wurden Sie mit Medikamenten behandelt? Wenn ja, welche, Dosierung? wenn ja: <input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf mit Dosierung:..... <input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf mit Dosierung:..... <input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf mit Dosierung:.....	<input type="checkbox"/> ja, von bis <input type="checkbox"/> nein
9. Halten Sie eine bestimmte Diät ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, welche? In welchem Umfang?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art Menge pro Tag Art Menge pro Tag Art Menge pro Tag Art Menge pro Tag
11. Sind sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann? Dauer?	

12. Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine Operation vorgesehen? (Wenn ja,,: wann, Art der Operation, Ergebnis?)

13. Wurden Labortests (z.B. Hepatitis-Serologie, Leberwertbestimmung) durchgeführt? Wann? Welche? Ergebnis?
Laborwerte?

14. Wurde ein HIV-AK-Test („AIDS-TEST“ häufig bei Hepatitis B und C) durchgeführt? Wenn ja, wann? Ergebnis?

15. Wurde eine Biopsie, Punktion, Laparoskopie (Bauchspiegelung) o.ä. vorgenommen?
(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: welche Untersuchung, wann?, Ergebnis?)

16. Wurde eine Ultraschalluntersuchung (Sonographie) des Bauches, eine Röntgenuntersuchung oder ein Computertomogramm (CT) vorgenommen? (Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: welche Untersuchung, wann?, Ergebnis?)

17. Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden?
(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: wann?, Ergebnis?)

18. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?

Name / Anschrift

Wann?

Welche Untersuchungen / Behandlungen?

19. Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz eine Erwerbsminderung? Wenn ja, wieviel Prozent?

ja.....%GdB

nein

20. Zusätzliche Angaben:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

_____ Datum

_____ Unterschrift der zu versichernden Person

_____ Unterschrift des Antragstellers