

ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNG
Erkrankungen der Verdauungsorgane
(z.B. Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse)

Zu versichernde Person	Geburtsdatum
------------------------	--------------

Beruf

Antrag Nr.

Wir bitten um detaillierte Angaben!
Jede Frage einzeln mit Worten beantworten, nicht mit Strichen oder sonstigen Zeichen.

1. Wie äußerte sich die Erkrankung?
 (z.B. Magen-/Bauchschmerzen, Bluterbrechen, Blut im Stuhl, Koliken, Durchfälle)

Welche Körperregionen bzw. Organe waren betroffen?

2. Wann traten die Beschwerden auf? (Monat/Jahr)

Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung? (Monat/Jahr)
 (Bitte Name und Anschrift der Ärzte angeben)

Haben Sie jetzt noch Krankheitserscheinungen? ja nein
 Wenn ja, welche?

3. Wie wird/wurde die Krankheit ärztlicherseits bezeichnet (Diagnose)?
 (z.B. Krebs, vergrößerte Leber, Fettleber, Leberentzündung, Geschwür, Magen- und Darmentzündung, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Koliken, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Gallensteine, Gallenblasenentzündung, nervöse Störungen, Speiseröhrenerkrankung)
 (Bitte geben Sie uns, wenn möglich, nähere Auskunft)

4. Ist Ihnen die Ursache der Erkrankung bekannt? ja nein
 Wenn ja, welche?

5. Mit welchen Medikamenten wurden Sie behandelt?
 (Bitte jeweils die Dosis angeben)

Welche Medikamente werden weiterhin verordnet?
 (Bitte jeweils die Dosis angeben)

6. Wurden andere therapeutische Maßnahmen durchgeführt/empfohlen? ja nein
 Wenn ja, welche?

7. Welche speziellen Untersuchungen oder Krankenhausbehandlungen wurden durchgeführt? (z.B. Röntgenuntersuchungen, Computertomogramm, Laboruntersuchungen)		
Untersuchung/Behandlung mit Datum (Monat/Jahr)	Arzt-/Krankenhaus- anschrift	Ergebnis der Untersuchung/Behandlung
8. Sind Sie operiert worden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wann? (Monat/Jahr)		
Welcher Art war die Operation? (Bitte Anschrift des Krankenhauses angeben)		
Sind weitere Operationen vorgesehen/angeraten? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welcher Art und zu welchem Zeitpunkt? (Monat/Jahr)		
9. Lag Bösartigkeit vor? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, wann wurde die letzte Nachsorgeuntersuchung durchgeführt und mit welchem Ergebnis? (Monat/Jahr)		
10. Wurde eine Chemotherapie oder Strahlenbehandlung durchgeführt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, von wann bis wann? (Monat/Jahr) (Bitte die Anschrift des Krankenhauses angeben)		
11. Rauchen Sie? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, wieviel täglich?		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, wieviel täglich?		
12. Hatten Sie eine Kurbehandlung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welcher Grund lag für die Kur vor?		
Von wann bis wann wurde die Kur durchgeführt? (Monat/Jahr)		
13. Liegen Ihnen ärztliche Unterlagen vor? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, überlassen Sie uns diese bitte zur kurzfristigen Einsichtnahme.		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich weiß, daß der Versicherer bei unvollständiger oder unwahrer Angabe vom Vertrag zurücktreten kann.

Ort, Datum Unterschrift der zu versichernden/mitzuversichernden Person

Bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter