

Magen- und Speiseröhrenerkrankungen

Art: 212

Zusatzklärung zum Antrag vom	
Versicherung Nr. / Sachbearbeiter	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

<p>1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Magengeschwür <input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündung <input type="checkbox"/> Übersäuerung <input type="checkbox"/> Geschwulst <input type="checkbox"/> gutartig <input type="checkbox"/> bösartig <input type="checkbox"/> </p>
<p>2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch (z.B. Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen, Durchfall, Teerstuhl, Blut im Stuhl)?</p>	
<p>3. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten?</p>	
<p>4. Über welchen Zeitraum sind die Beschwerden aufgetreten?</p>	
<p>5. Kam es zu Rückfällen? (Wenn ja, wann?)</p>	<p> <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein </p>
<p>6. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie in welchem Zeitraum wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Name / Anschrift • von / bis • Untersuchungen / Behandlungen 	
<p>7. Wird / wurde die Magen- / Speiseröhrenerkrankung mit Medikamenten behandelt?</p>	<p> <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> zeitweise Präparat(e): Dosierung: täglich </p>

- Bitte beachten Sie auch die Folgeseite -

8. Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine solche geplant? (Wenn ja, welche, wann, durch wen, Ergebnis?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Wurde eine Gastroskopie (Magenspiegelung) durchgeführt? (Wenn ja, wann, Ergebnis?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Wurde eine Sonographie vorgenommen? (Wenn ja, wann, Ergebnis?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Wurde (im Falle von Entzündungen oder Geschwüren) der Erreger „Helicobacter pylori“ festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Halten Sie eine bestimmte Diät ein? (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Nehmen / nahmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? (Wenn ja, welche, in welchem Umfang?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein täglich
14. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? (Wenn nein, welche Folgen / Beschwerden bestehen noch?)	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein
15. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? (Wenn nein, warum?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? (Wenn ja, wann, Dauer?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Zusätzliche Angaben

Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten bei.

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. Die vorstehenden Erklärungen sind Bestandteil des Antrages. Für die Beantwortung und Rücksendung dieser Zusatzerklärung werden von den neue leben Versicherungen keine Kosten erstattet.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Antragstellers

- Bitte beachten Sie auch die Folgeseite -