



# Fragebogen Lebererkrankungen



<p>9. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch? (z.B. Verdauungsbeschwerden, Schmerzen, Gelbsucht usw.)</p>	
<p>10. Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine Operation vorgesehen? <b>Wenn ja, wann? Art der Operation? Ggf. Ergebnis/ Befund!</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>11. Halten Sie eine bestimmte Diät ein? <b>Wenn ja, welche?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>12. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? <b>Wenn ja, welche? In welchem Umfang?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Art..... Menge..... pro Tag          Art..... Menge..... pro Tag          Art..... Menge..... pro Tag          Art..... Menge..... pro Tag</p>
<p>13. Kam es zu Rückfällen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>14. <del>MGHQ /DEBWHW%</del> HEHUZHUWEHWPP<del>Q</del> G<del>M</del>FKJHIKUW!<del>HQ</del>DZDQ HOFKHJ!( UJHE<del>Q</del> <del>W</del> <del>Q</del>H!</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>15. Wurde eine Biopsie, Punktion, Laparoskopie (Bauchspiegelung) o.ä. vorgenommen? <b>Wenn ja, wann? Welche? Ggf. Ergebnis/ Befunde!</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>16. Wurde eine Ultraschalluntersuchung des Bauches, eine Röntgenuntersuchung oder ein Computertomogramm (CT) vorgenommen? <b>Wenn ja, wann? Welche? Ggf. Ergebnis/ Befunde!</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>17. Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen-, oder sonstigen Strahlen behandelt worden? <b>Wenn ja, wann? Ggf. Ergebnis/ Befunde!</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>18. Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz eine Erwerbsminderung? <b>Wenn ja, wieviel Prozent?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja ..... Prozent <input type="checkbox"/> nein</p>

# Fragebogen Lebererkrankungen



18. Wurde eine Biopsie, Punktion, Laparoskopie o.ä. vorgenommen? <b>Wenn ja, wann? Ergebnis?</b>	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein
19. Wurde ein HIV-AK-Test ("AIDS-Test" häufig bei Hepatitis B und C) durchgeführt? <b>Wenn ja, wann? Ergebnis?</b>	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein
20. Wurde eine spezielle Untersuchung durchgeführt? <b>Wenn ja, wann? Ergebnis?</b>	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein
21. Zusätzliche Angaben	
22. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? <b>Falls nein, welche Folgen/ Beschwerden bestehen noch?</b>	<input type="checkbox"/> ja, seit..... <input type="checkbox"/> nein
23. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? <b>Wenn nein, warum?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
24. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? <b>Wenn ja, wann, Dauer?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  von.....bis.....

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

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? **(Bitte immer beantworten)**

zusätzliche Angaben sind beigefügt     
  Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

**Falls ärztliche Unterlagen vorliegen bitte diese ebenfalls beifügen!**

**Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.**

Datum
  Unterschrift der zu versichernden Person
  Unterschrift des Antragstellers