Fragebogen Magen-Darm

Zusatzerklärung zum Antrag vom	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 5 Jahre

1. Die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit und der abgerechnete ICD-Code	
2. Sind Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? **Wenn ja, wann? Weshalb? Name,Anschrift und Fachrichtungdes Arztes?**	☐ ja, am ☐ nein
3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? **Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!**	☐ ja, am ..... ☐ nein
4. Waren Sie in in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen? **Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!**	☐ ja, am ..... ☐ nein
5. Über welchen Zeitraum sind diesbezüglich Beschwerden aufgetreten? **Insbesondere, wann zuletzt?**	erstmals ..... zuletzt ..... ☐ einmalig ☐ mehrmals ☐ andauernd
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? **Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche?** ☐ regelmäßig / ☐ bei Bedarf Dosierung:.....	☐ ja, von..... bis ..... ☐ nein
7. Wurde eine Ursache für die Beschwerden festgestellt? **Wenn ja, welche?**	☐ ja ☐ nein
8. Erfolgte wegen dieser Erkrankung eine operative Behandlung oder ist diese geplant? **Wenn ja, wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis/ Befund!**	☐ ja, am..... ☐ nein

Fragebogen Magen-Darm

9. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt (z.b. Magen-/ oder Darmspiegelungen, Biopsie usw.)? **Ggf. Ergebnis?**	Untersuchung:..... Datum:..... Untersuchung:..... Datum:.....
10. Hat sich Ihr Gewicht in den letzten 3 Jahren verändert? **Wenn ja, wie viel?**	☐ zugenommen ☐ abgenommen ☐ nein um ..... kg Innerhalb von .....

11. Zusätzliche Angaben bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ☐ Morbus Crohn ☐ Colitis Ulcerosa

Wann war der erste Schub?	von ..... bis ..... (Monat/Jahr)
Wann war der letzte Schub?	von ..... bis ..... (Monat/Jahr)
Wie viele Schübe traten bisher insgesamt auf?	Anzahl .....
Fand bereits ein Krankenhaus- oder Kuraufenthalt statt oder ist dieser vorgesehen?	☐ ja, am ..... ☐ nein
Welche/r Teil/e des Verdauungstrakts ist/sind betroffen?	.....
Sind Komplikationen aufgetreten (z.B. Fisteln, Blutarmut)?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?.....

12 Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? **Wenn nein, welche Folgen/ Beschwerden bestehen noch?**	☐ ja, seit..... ☐ nein
13. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? **Wenn nein, warum?**	☐ ja ☐ nein
14. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? **Wenn ja, wann, Dauer?**	☐ ja ☐ nein von.....bis..... 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

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