

# Fragebogen Magen-Darm



<b>Zusaterklärung zum Antrag vom</b>	
<b>Antragsteller</b>	
<b>Zu versichernde Person</b> (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? <b>Wenn ja, wann? Weshalb? Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes?</b>	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> 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? <b>Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> 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? <b>Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
5. Über welchen Zeitraum sind diesbezüglich Beschwerden aufgetreten? <b>Insbesondere, wann zuletzt?</b>	erstmals ..... zuletzt ..... <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> mehrmals <input type="checkbox"/> andauernd
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? <b>Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche?</b>	<input type="checkbox"/> ja, von ..... bis ..... <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf    Dosierung: .....
7. Wurde eine Ursache für die Beschwerden festgestellt? <b>Wenn ja, welche?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Erfolgte wegen dieser Erkrankung eine operative Behandlung oder ist diese geplant? <b>Wenn ja, wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis/ Befund!</b>	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein

# Fragebogen Magen-Darm



9. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt (z.B. Magen-/ oder Darmspiegelungen, Biopsie usw.)? <b>Ggf. Ergebnis?</b>	Untersuchung ..... Datum ..... Untersuchung ..... Datum .....
10. Hat sich Ihr Gewicht in den letzten 3 Jahren verändert? <b>Wenn ja, wie viel?</b>	<input type="checkbox"/> JHRPPH <input checked="" type="checkbox"/> DEJHRPPH <input type="checkbox"/> nein um ..... kg Innerhalb von .....
11. Zusätzliche Angaben bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <span><input type="checkbox"/> Morbus Crohn</span> <span><input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa</span> </div> 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> nein Welche/r Teil/e des Verdauungstrakts ist/sind betroffen? ..... 6G <input type="checkbox"/> RPSNDWRHDJHWUHHW <input type="checkbox"/> <del>W</del> WHWDUPW <input type="checkbox"/>	
12. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? <b>Wenn nein, welche Folgen/ Beschwerden bestehen noch?</b>	<input type="checkbox"/> ja, seit ..... <input type="checkbox"/> nein
13. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? <b>Wenn nein, warum?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. 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 ..... 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