

- Allianz Lebensversicherungs-AG  
 Deutsche Lebensversicherungs-AG



Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.  
 Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.  
 Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten drei Jahre.

### Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Gallenblasenerkrankungen

#### Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden der Galle leiden oder litten Sie?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden oder Diagnose des Arztes bekannt?  ja  nein

Falls ja: Bitte geben Sie, wenn möglich, die Diagnose(n) des Arztes an.

- Gallensteine  Gallenblasenkrebs  Gallenblasenentzündung  eitrige Gallengangsentzündung  
 Gallenkolik  Gallengangkrebs  Gallengangsentzündung  Kugelzellenanämie (Sphärozytose)  
 Gelbsucht  Gallenblasenpolyp  Durchbruch der Gallenblase  
 sonstige Erkrankung der Galle:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Gallenkolik aufgetreten?  ja  nein

Falls ja: Wie oft sind Gallenkoliken in den letzten zwei Jahren aufgetreten? \_\_\_\_\_ Mal

Sind Komplikationen dabei aufgetreten?  ja  nein

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Wann sind die Beschwerden letztmals aufgetreten? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ  andauernd

Sind die Beschwerden mehrmals aufgetreten?  ja  nein

Falls ja: Wie häufig sind die Beschwerden aufgetreten? \_\_\_\_\_ Mal

Handelt es sich um eine chronische Erkrankung?  ja  nein

Leiden oder litten Sie an anderen Krankheiten der Bauchorgane

(z. B. Erkrankung der Bauchspeicheldrüse, der Leber, des Magens oder des Darms)?  ja  nein

Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sind die Erkrankungen der Bauchorgane ausgeheilt?  ja  nein

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden?  ja  nein

Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### Behandlung der Beschwerden

Welche Behandlung wird oder wurde durchgeführt?  keine

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Waren Sie wegen der genannten Beschwerden in den letzten 10 Jahren in stationärer Behandlung?  ja  nein

Falls ja: Wann zuerst? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ Wann zuletzt? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Warum? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Bei welchem Arzt / Krankenhaus? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung bzw. Fachabteilung angeben)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ist die Behandlung abgeschlossen?  ja  nein

Wurde in den letzten 10 Jahren eine Operation durchgeführt oder eine weitergehende Behandlung angeraten?  ja  nein

Falls ja:  Behandlung angeraten  Operation angeraten  Operation durchgeführt, wann? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Welcher Art? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PESVA01685

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

**Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Gallenblasenerkrankungen**

**Wurde die Gallenblase entfernt?**

ja  nein

Falls ja: Wann wurde der Eingriff vorgenommen? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Leiden oder litten Sie nach dem Eingriff weiterhin an Symptomen der Gallenblasenerkrankung

(z. B. an Schmerzen im rechten Oberbauch, Fieber oder Gelbsucht)?

ja  nein

Ist nach dem Eingriff (nochmals) eine Gallenkolik aufgetreten?

ja  nein

Wann? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

**Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Beschwerden ein?**

ja  nein

Falls ja:

Welche?

Medikament

Dosis

täglich

gelegentlich

eingegenommen

seit

bis

_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____

**Wurde in den letzten 10 Jahren eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt?**

ja  nein

Falls ja:  empfohlen  beantragt  durchgeführt

Welche Maßnahmen, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit**

**Besteht oder bestand wegen Ihrer Beschwerden Arbeitsunfähigkeit?**

ja  nein

Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig?

Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils angedauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten?**

ja  nein

Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt?  ja  nein

**behandelnde Ärzte**

**Werden oder wurden (weitere) Ärzte in Anspruch genommen?**

ja  nein

Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung

Wann?

Warum?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**zusätzliche Bemerkungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_