

- 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
