

- 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 Leberentzündungen (Hepatitis)

#### Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden, verursacht durch eine Leberentzündung / Hepatitis, 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.

- Hepatitis A       Hepatitis B       Hepatitis B-Carrier  
 Hepatitis C       Hepatitis D       Gelbsucht  
 sonstige Erkrankung der Leber: \_\_\_\_\_

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

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

Handelt es sich um eine chronische Erkrankung?  ja  nein

Leiden oder litten Sie an anderen Krankheiten der Bauchorgane  
 (z. B. Erkrankung der Bauchspeicheldrüse, der Nieren)?  ja  nein

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

Sind die Erkrankungen der Bauchorgane ausgeheilt?  ja  nein

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden?  ja  nein

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

Bitte geben Sie, sofern bekannt, die aktuellsten Laborwerte an:  Laborwerte nicht bekannt

Datum der Laboruntersuchung: \_\_\_\_\_  
 GGT: \_\_\_\_\_ U / L      GPT (Alt): \_\_\_\_\_ U / L      GOT (AST): \_\_\_\_\_ U / L  
 Bilirubin: \_\_\_\_\_ mg / dl      AP (Alkalische Phosphatase): \_\_\_\_\_ U / L  
 Bitte Kopie der Laboruntersuchung beilegen (falls vorhanden).

Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren Drogen konsumiert?  ja  nein

Falls ja: Welche (genaue Bezeichnung)? Wie oft? In welcher Menge? In welchem Zeitraum? Wann zuletzt?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Wurden Drogen in die Blutbahn gespritzt?  ja  nein

#### Behandlung der Beschwerden

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

Falls ja: Welche Behandlung wurde durchgeführt?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Wann zuerst? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ      Wann zuletzt? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ  
 Bei welchem Arzt / Krankenhaus? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung bzw. Fachabteilung angeben)

Wie lange wurden Sie stationär aufgenommen? \_\_\_\_ Kalendertage  
 Ist die Behandlung abgeschlossen?  ja  nein

Ist die Krankheit weiterhin überwachungs- oder behandlungsbedürftig?  ja  nein

Falls ja: Bitte machen Sie weitere Angaben.

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

PESVA01687

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

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

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

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

**Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Leberentzündungen**

**Unterziehen Sie sich regelmäßig Kontrolluntersuchungen?**

ja  nein

Falls ja: In welchem Turnus werden Kontrolluntersuchungen durchgeführt?

Wann war die letzte Kontrolluntersuchung? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ  
Mit welchem Ergebnis?

**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 andauert? (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

\_\_\_\_\_