

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 Magen-Darm-Beschwerden

Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden des Magen-Darm-Bereichs leiden oder litten Sie?

Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden bekannt? ja nein

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

Wann sind die genannten Beschwerden erstmalig aufgetreten? ____ / ____ MM/JJJJ

Besteht die Erkrankung noch? ja nein

Ist die Erkrankung in den letzten fünf Jahren mehrmals aufgetreten? ja nein

Falls ja: Wie häufig sind die Beschwerden aufgetreten? ____ Mal
 Wann sind die Beschwerden aufgetreten und wie lange haben sie jeweils ange dauert?
 (Bitte Angaben in Kalendertagen)

Wie lange hat die Beschwerdesymptomatik (jeweils) ange dauert?

immer weniger als vier Wochen auch mehr als vier Wochen

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? ja nein

Falls ja: Seit wann? ____ / ____ MM/JJJJ

Handelt oder handelte es sich um eine chronische Erkrankung? ja nein

Handelt oder handelte es sich bei Ihrer Erkrankung um ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür? ja nein

Falls ja: Welcher Art ist oder war das Geschwür? gutartig bösartig unbekannt
 Ist die Erkrankung erstmalig aufgetreten? ja nein
 Ist das Geschwür operativ entfernt worden? ja nein

Leiden oder litten Sie noch unter anderen Erkrankungen der Bauchorgane? ja nein

Falls ja: Welche Organe sind betroffen? Leber Bauchspeicheldrüse Galle
 sonstiges Organ: _____

Um welche Erkrankung handelt es sich hierbei? _____

Leiden oder litten Sie an Laktose- oder Fruktoseintoleranz? ja nein

Falls ja: Leiden Sie aufgrund Ihrer Beschwerden an Mangelerscheinungen oder Gewichtsverlust? ja nein
 Treten oder traten bei Ihnen wiederholt Durchfälle und / oder Bauchschmerzen auf? ja nein
 Halten Sie eine Laktose-freie Diät (Meidung von Milchprodukten) ein? ja nein

Behandlung der Beschwerden

Sind oder waren Sie wegen der Beschwerden in Behandlung? ja nein

Falls ja: Welche Behandlung wird oder wurde durchgeführt?

Ist die Erkrankung weiterhin überwachungs- oder behandlungsbedürftig? ja nein

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Beschwerden ein? ja nein

Welche?	Medikament	Dosis	täglich	gelegentlich	eingenommen	
					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 eine Magen- oder eine Darmspiegelung durchgeführt? ja nein

Falls ja: Wann? ____ / ____ MM/JJJJ War die Spiegelung eine Vorsorgeuntersuchung? ja nein
 Ergab die Untersuchung Anlass für eine weitere Behandlung oder Beobachtung? ja nein

PESVA01688

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Magen-Darm-Beschwerden

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)

Operationen

Wurden Sie aufgrund von Magen-Darm-Beschwerden in den letzten 10 Jahren operiert? ja nein

Falls ja: Welche Operation wurde ausgeführt und wann? ____ / ____ MM/JJJJ

Nervendurchtrennung (Vagotomie) Teilentfernung des Magens

andere Operation: _____

Bestehen oder bestanden noch Komplikationen oder Beschwerden nach der Operation? ja nein

Falls ja: Welche und wie lange?

Sind (weitere) Operationen geplant oder ärztlicherseits angeraten? ja nein

Falls ja: Welche Operationen? Wann? ____ / ____ MM/JJJJ

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)

Nikotinkonsum

Konsumieren Sie Tabak? ja nein

Falls ja: Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos? _____ Stück

Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Pfeifen-, Kau- oder Schnupftabak? _____ Gramm

Konsumieren Sie Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer wie beispielsweise E-Zigaretten, Shisha, E-Zigarren oder E-Pfeifen? ja nein

Falls ja: In welchen Mengen? _____ Stück pro Tag

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

