

ZUSATZERKLÄRUNG ZUM KRANKENVERSICHERUNGSANTRAG

Antrag vom:

Anschrift:

Name/Vorname des Antragstellers:

Person:

Vers.-Nr.:

Magen-, Darm-, Leber-, Bauchspeicheldrüsen- und Speiseröhrenerkrankungen

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

6. Welche Arzneimittel werden eingenommen?
- Dosierung?

2. Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen?

7. Wurde eine bestimmte Diät verordnet?

ja - Welche?

nein

- Wann und wie lange traten sie auf?

8. Gewichtsveränderungen in den letzten zwölf Monaten?
Um _____ kg zugenommen abgenommen
 keine

3. Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt?

9. Bitte – wenn vorhanden – den Befund der letzten
Spiegelung, Röntgen- oder Sonographieuntersuchung
beifügen.

4. Wie wurde behandelt?

10. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

5. Wurde eine Magen-/Darmspiegelung durchgeführt?

ja - Befund?

nein

11. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

**Hat sich der Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en) seit der Antragstellung geändert?
Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an.**

Ort/Datum

Unterschrift