

Zusatzerklärung chronisch entzündliche Darmerkrankung

Lebensversicherung

Krankenversicherung

Antragsdatum

Antrag-Nr.

Versicherte Person

Name

Anschrift

Geburtsdatum

Detaillierte Angaben ersparen meistens Rückfragen. Bei diesem Fragebogen handelt es sich um ein Formschreiben. Deshalb kann es sein, dass Daten aus dem Antrag noch einmal abgefragt werden.

1. Welche Erkrankung liegt oder lag vor?

Colitis ulcerosa

Morbus Crohn

sonstige Erkrankungen (bitte Diagnose angeben):

2. Seit wann besteht die Erkrankung?

3. Welche Darmabschnitte sind oder waren befallen?

4. Wann war der letzte Schub der Erkrankung?

Besteht derzeit Beschwerdefreiheit?

ja

nein

Wenn ja, seit wann?

5. Wie ist die derzeitige Behandlung?

Name der Medikamente und Dosis?

6. Wurde die Darmerkrankung operiert?

ja

nein

Wie oft wurden Sie operiert?

Wann wurde operiert?

Art der operativen Behandlung?

7. Ist es nach der letzten Operation zu einem Rezidiv gekommen?

ja

nein

8. Waren Sie wegen der Erkrankung in stationärer Krankenhaus- oder Kurbehandlung?

ja

nein

Bitte Name, Anschrift und Zeitraum angeben:

Zusatzerklärung chronisch entzündliche Darmerkrankung

9. Bitte machen Sie Angaben zu den letzten Untersuchungen:

Darmspiegelung

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Befund

Röntgenuntersuchung des Darms

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Befund

Labor

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Befund

10. Bei welchen Ärzten befinden Sie sich derzeit in Behandlung?

Bitte Name und Anschrift des Hausarztes angeben:

Bitte Name und Anschrift des Magen-Darm-Spezialisten angeben:

11. Nehmen Sie noch weitere, bisher nicht genannte Medikamente?

ja

nein

Grund, Name der Medikamente und Dosis?

12. Waren Sie jemals berufsunfähig oder länger als 4 Wochen arbeitsunfähig?

ja

nein

Wegen welcher Erkrankung? Wann und wie lange?

Mir ist bekannt, dass die Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten sind. Ich weiß, dass die R+V Versicherung bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person