

Zusatzklärung Magen-/Zwölffingerdarmerkrankungen

 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. Nennen Sie den Zeitraum, indem Sie wegen Magen- und/oder Zwölffingerdarmerkrankungen in ärztlicher Behandlung waren?**

Bitte Name und Anschrift des Arztes angeben:

- 2. Welche Diagnose stellte der Arzt (z. B. Gastritis, Magengeschwüre, Zwölffingerdarmgeschwüre, Pankreatitis)?**

- 3. Erfolgte eine Krankenhausbehandlung?**

 ja nein

Bitte Name und Anschrift des Krankenhauses und der Station angeben:

- 4. Erfolgte eine**

Spiegelung? Bitte geben Sie Datum und Ergebnis der Untersuchung an:

Röntgenuntersuchung? Bitte geben Sie Datum und Ergebnis der Untersuchung an:

- 5. Erfolgte eine Operation (z. B. Billroth I oder II, Vagotomie, totale Gastrektomie)**

 ja nein

Wenn ja, welche, weshalb und wann?

Konnte Bösartigkeit ausgeschlossen werden?

 ja nein

- 6. Haben Sie in den letzten drei Jahren an Gewicht zugenommen?**

 ja nein

Haben Sie in den letzten drei Jahren an Gewicht abgenommen?

 ja nein

Wie viel und in welchem Zeitraum?

Zusatzerklärung Magen-/Zwölffingerdarmerkrankungen

7. **Bestehen noch Beschwerden?**

ja nein

Wenn ja, wann und welche?

8. **Welche Behandlungen/Operationen werden voraussichtlich noch notwendig sein?**

9. **Welche Medikamente wurden verordnet? Name und Dosis?**

Welche Medikamente sind weiterhin erforderlich? Name und Dosis?

10. **Bei welchem Arzt/Hausarzt befinden sich Unterlagen über diese Erkrankung? Bitte Name und Anschrift angeben:**

11. **Welche Ärzte (außer den in Punkt 1 und 10 genannten) haben Sie behandelt oder behandeln Sie jetzt noch? Bitte Name und Anschrift angeben:**

Wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?

12. **Wurde bei Ihnen erhöhter Blutdruck gemessen?**

ja, wann: nein

Welche Blutdruckwerte wurden festgestellt?

/ mm/Hg am / mm/Hg am

Werden blutdrucksenkende Mittel eingenommen?

ja nein

Name der Medikamente und Dosis?

13. **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