

Selbstauskunft für Magen-, Darm-, Leber- und Gallenerkrankungen

Anfrage vom: _____

Name der Person: _____ geb. am: _____

wohnhaft in: _____

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

2.1. Wann sind sie erstmals aufgetreten?

Wann zuletzt?

3. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

4. Wie wurde behandelt?

5. Wurden Sie operiert?

__ ja __ nein

Wann?

6. Welche Arzneimittel nehmen Sie ein?

Dosierung?

7. Wurde eine bestimmte Diät verordnet?

ja nein

Welche?

8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

9. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

10. Waren oder sind Sie zeitlich begrenzt arbeits- oder
berufsunfähig?

ja nein

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil meines Vertrages. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
bzw. deren gesetzlichen Vertreter