

## Zusätzliche Erklärung über Gallenerkrankung

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Leiden oder litten Sie an Gallensteinen  
bzw. Gallenbeschwerden?  nein  ja  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Lag/liegt eine Entzündung der  
Gallenwege vor?  nein  ja

Wurden die Gallensteine operativ  
entfernt?  nein  ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
In welchem Krankenhaus? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wie oft traten die Gallenkoliken auf?  einmalig  mehrfach

Welche Medikamente sind erforderlich? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Welche Beschwerden bestehen zurzeit? \_\_\_\_\_

Bei wem waren Sie zuletzt wegen  
dieser Erkrankung in Behandlung? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Anschrift angeben)  
Wann war die letzte Behandlung? \_\_\_\_\_  
Welche Behandlungen wurden dabei  
durchgeführt? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen  
- werden jetzt durchgeführt? \_\_\_\_\_  
- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? \_\_\_\_\_

**Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter