

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