

## Zusätzliche Erklärung über Magenerkrankung

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

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

Seit wann haben Sie Magenbeschwerden? \_\_\_\_\_

Bestand oder besteht

- ein Magengeschwür?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit: _____
- ein Zwölffingerdarmgeschwür?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit: _____
- eine Magenschleimhautentzündung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit: _____
- Bestehen sonstige Erkrankungen des Magen/Darmes?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit: _____

Wurden Sie operiert?  nein  ja  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Durch welchen Arzt? \_\_\_\_\_

(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wie häufig traten Beschwerden des Magens bzw. Zwölffingerdarms auf? \_\_\_\_\_

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

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

Handelt es sich um eine chronische Erkrankung?  nein  ja

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