

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Speiseröhren-, Magen- und Darmerkrankungen

Zeitlich befristete Fragen

1. An welchen Erkrankungen bzw. Funktionsstörungen der Speiseröhre, des Magens oder Darms leiden oder litten Sie in den letzten 10 Jahren?

2. Sind Beschwerden diesbezüglich in den letzten 10 Jahren aufgetreten (z.B. Sodbrennen, Schmerzen, Speiseunverträglichkeit, Verdauungsbeschwerden, Durchfall, Verstopfung, Blut im Stuhlgang, blutiges oder galliges Erbrechen)?

nein ja

Falls ja, wann erstmals?

wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen:

3. Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (Bitte alle Behandler der letzten 10 Jahre angeben. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler) nein ja

Falls ja,

1) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten: _____

erstmals aufgesucht am? zuletzt aufgesucht am:

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten: _____

erstmals aufgesucht am? zuletzt aufgesucht am:

4. Wie wurde diesbezüglich in den letzten 10 Jahren behandelt?

keine Behandlung

Medikamente

Medikamentenname: _____

von: bis: wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

von: bis: wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

von: bis: wie oft täglich? _____

Diät

Art der Diät: _____

von: bis: wie oft täglich? _____

andere Therapien

welche? _____

von: bis: wie oft wöchentlich _____

5. Waren Sie aufgrund der Erkrankung/ der Beschwerden in den letzten 10 Jahren arbeitsunfähig? nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal von: bis:

von: bis:

6. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren geändert? nein ja

Falls ja, haben Sie zu oder abgenommen? _____

Wie viele kg in welchem Zeitraum: _____

Zeitlich nicht befristete Fragen

7. Wann haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden erstmals Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen (ggfs. auch länger als 10 Jahre zurückliegend)?

Name und Anschrift des Therapeuten: _____

erstmals aufgesucht am : zuletzt aufgesucht am:

8. Wurde in der Vergangenheit eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie, oder Ultraschalluntersuchung) diesbezüglich durchgeführt?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche Untersuchung und wann? _____

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung: _____

9. Wurde eine Spiegelung (Endoskopie) der Speiseröhre, des Magens oder Darms durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche Untersuchung und wann? _____

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung: _____

10. Sind Operationen diesbezüglich durchgeführt worden oder vorgesehen?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche und wann? _____

Wo? Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses: _____

11. Wurde eine feingewebliche Untersuchung im Rahmen einer Operation oder einer Spiegelung (Endoskopie) durchgeführt?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung: _____

12. Sind aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?

nein ja

Falls ja, welche Komplikationen und wann? _____

13. Waren aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden Behandlungen in einem Krankenhaus /stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche und wann? _____

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung: _____

14. Sind Folgen der Erkrankung / der Beschwerden zurückgeblieben?

nein ja

Falls ja, welche? _____

15. Haben die Beschwerden/ Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?

nein ja

Falls ja, zu welchen? _____

16. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?

nein ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit? _____

17. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht? nein ja
Falls ja, was? _____ Wie viel pro Tag? _____
Seit wann? Bei Extrauchern, bis wann?

18. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung / die Beschwerden informiert?
Name und Anschrift des Arztes _____

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x