

Selbstauskunft C 02 wegen

Erkrankungen der Leber / Galle Vers.-Nr.: _____ Kdn.-Nr.: _____

Name: _____ Geb.datum: _____

Mit dieser Selbstauskunft wollen wir uns zusätzliche Informationen zu den gemachten Angaben im Antrag beschaffen, damit wir kurzfristig ein individuelles Angebot unterbreiten können. Genaue Angaben ersparen Rückfragen. Manchmal hilft ein Telefonat mit dem Arzt / Therapeuten bei der Beantwortung der Fragen.

- 1.) Wie lautet die genaue Diagnose? _____
Genaue Angaben ersparen Rückfragen!
- 2.) Welche Beschwerden lagen / liegen vor?
- 2.a) Beginn und Ende der Beschwerden? _____
(mindestens Monat und Jahr bzw. laufend, wenn noch Beschwerden bestehen) **Genaue Angaben ersparen Rückfragen!**
- 3.) Welche Behandlungen finden / fanden statt?
(z.B.: Welche Medikamente und Häufigkeit der Einnahme, stationär, Operation) _____
- 3.a) Beginn und Ende der Behandlung? _____
Genaue Angaben ersparen Rückfragen!
- 4.) Sind noch Steine oder Konkremente vorhanden? Ja Nicht mehr seit _____
- 4.a) Welche Untersuchungen fanden statt?
(z.B.: Blutwerte, sonstiges Labor, Leberpunktion) _____
- 4.b) Mit welchem Ergebnis?
(z. B.: Leberschädigung, Vergrößerung der Leber) _____
- 4.c) *Bitte legen Sie die Ergebnisse der letzten Laboruntersuchungen in Kopie bei.*
- 5.) Lag eine Arbeitsunfähigkeit vor? Ja Nein
- 5.a) Wenn ja, wie lange? (von - bis) _____
- 6.) Welcher Arzt / Therapeut könnte Auskunft erteilen? (Bitte Name und Anschrift) _____
- 7.) Sind weitere Maßnahmen angeraten oder empfohlen? (z.B.: Operation, Kur, Kontrolle) Ja Nein
- 7.a) Wenn ja, welche? _____
- 8.) Weshalb und wann fand der letzte Arzt- / Therapeutenbesuch statt?

Ich bestätige hiermit, dass die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet sind. Mir ist bewusst, dass fehlerhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller und mitzuversichernde Person (über 16 Jahre)