

Fragebogen Leber- und Gallenerkrankungen

Zur Krankenversicherung

VS-Nummer: _____ Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Bitte geben Sie sämtliche Umstände an, auch wenn Sie ihnen nur geringfügige Bedeutung beimessen. Wenn Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Benötigen Sie Unterstützung? Wir sind gerne für Sie da: von Montag bis Freitag, 8:00 Uhr – 18:00 Uhr unter unserer Servicenummer 0621/427-4000.

FRAGEN

ANTWORTEN

1. Wie lautet die genaue Diagnose der Erkrankung?

- Hepatitis, welche Form? _____ Zystenleber
 Fettleber Gallensteine
 Leberzyste Gallenblasentzündung
 Sonstiges: _____

Welche Ursache ist ggf. bekannt?

2. Bitte geben Sie Größe, Gewicht und Bauchumfang (gemessen an der breitesten Stelle) an.

3. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch (z.B. Verdauungsbeschwerden, Schmerzen, Gelbsucht, Koliken, Leberschwellung usw.)?

4. Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung bzw. hatten Sie Beschwerden?

5. Wurden Labortests durchgeführt oder angeraten (z.B. Leberwertbestimmung, Hepatitis-Serologie usw.)?

Bitte reichen Sie Kopien der letzten 3 Laborblätter ein.

6. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt (z.B. Biopsie/Punktion, Bauchspiegelung, Ultraschalluntersuchung, Computertomographie, Röntgen usw.)?

Bitte reichen Sie eine Kopie des jeweiligen Befundberichtes ein.

Welche weiteren Untersuchungen / Behandlungen sind noch angeraten und in welchen Abständen erfolgen Kontrolluntersuchungen?

7. Welche Behandlungen wurden durchgeführt?

Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine Operation vorgesehen?

nein ja

Wenn ja, wann und Art der Operation?

Bitte reichen Sie ggf. eine Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes ein.

8. Wurde die Gallenblase entfernt? nein ja
Sind noch Steine vorhanden? nein ja

9. Welche Medikamente nahmen / nehmen Sie ein? _____
Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung, die Dosis und _____
die Einnahmezeiträume an. _____

10. Liegt eine Leberschädigung oder -vergrößerung vor? nein ja

11. Wie lange und wann bestand Arbeitsunfähigkeit? _____

12. Rauchen Sie? nein ja
Wenn ja, wie viel pro Tag? _____
Bei ehemaligen Rauchern: Wann haben Sie das Rauchen aufgegeben? _____

13. Besteht Beschwerdefreiheit? nein ja, seit _____
Besteht Behandlungsfreiheit? nein ja, seit _____

14. Wurden Kuren, Heilverfahren, Reha-Maßnahmen durchgeführt oder
angeraten? nein ja
Wenn ja, wann, über welchen Zeitraum und mit welchem Ergebnis? _____
Bitte reichen Sie eine Kopie des Kurberichtes ein. _____

15. zusätzliche Anmerkungen / weitere Infos / Sonstiges: _____

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Angaben. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich gegenüber dem Vermittler keine weiteren mündlichen oder schriftlichen Angaben gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person o. des gesetzl. Vertreters

