

## Fragebogen Magen- und Speiseröhrenerkrankungen

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?

- Magenschleimhautentzündung/Gastritis
- Magengeschwür
- Reizmagen
- Hiatushernie/Zwerchfellbruch
- Refluxkrankheit/Refluxösophagitis
- Barrett-Syndrom
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

2. Welche Ursache ist ggf. bekannt?

- Infektion
- Gallensteine
- Varizen der Speiseröhre
- psychischer Einfluss/Stress
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

3. Bei Gastritis machen Sie bitte wie folgt nähere Angaben:

- akut
- chronisch
- Typ A
- Typ B
- Typ C

4. Welche Beschwerden treten bzw. traten auf?

- Bauchschmerzen
- Sodbrennen
- Krämpfe
- Übelkeit/Erbrechen
- Gewichtsschwankungen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt (z.B. Spiegelung des Speiseröhre oder des Magens, Blutuntersuchung usw.)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte reichen Sie eine Kopie des jeweiligen Befundberichtes ein.**

7. Wie wurden Sie behandelt?

- Eradikationstherapie
- Ernährungsumstellung/Diät
- Medikamente
- Operation **Bitte Entlassungsbericht beifügen!**
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

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

9. Besteht Beschwerdefreiheit?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_  
Besteht Behandlungsfreiheit?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

10. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden, die auf die Erkrankung zurückzuführen sind? Wenn ja, welche?  nein  ja  
Welche Behandlungen/Untersuchungen stehen noch an?

11. Wie lange und wann bestand Arbeitsunfähigkeit?

12. 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.**

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

14. Wann, wie oft und in welcher Menge trinken Sie Alkohol?

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

16. 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

