

Fragebogen Lebererkrankungen



Zusatzerklärung zum Antrag vom	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten

1. Die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit und der abgerechnete ICD-Code	
2. Sind Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
4. Waren Sie in in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen? Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?Entlassungsbericht bitte beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
5. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten und wann zuletzt?	von _____ bis _____ zuletzt _____
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche? Wurden diese Ihnen verschrieben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> bei Bedarf Präparat: _____ Dosierung: _____
7. Wurde eine Ursache festgestellt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Wie oft und in welchem Zeitraum kommt es zu Beschwerden?	

Fragebogen Lebererkrankungen



<p>9. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch? (z.B. Verdauungsbeschwerden, Schmerzen, Gelbsucht usw.)</p>	
<p>10. Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine Operation vorgesehen? Wenn ja, wann? Art der Operation? Ggf. Ergebnis/ Befund!</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>11. Halten Sie eine bestimmte Diät ein? Wenn ja, welche?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>12. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, welche? In welchem Umfang?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Art..... Menge..... pro Tag</p> <p>Art..... Menge..... pro Tag</p> <p>Art..... Menge..... pro Tag</p> <p>Art..... Menge..... pro Tag</p>
<p>13. Kam es zu Rückfällen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>14. Wurden Labortests (z.B. Leberwertbestimmung) durchgeführt?Wenn ja, wann? Welche? Ggf. Ergebnis/ Befunde!</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>15. Wurde eine Biopsie, Punktion, Laparoskopie (Bauchspiegelung) o.ä. vorgenommen? Wenn ja, wann? Welche? Ggf. Ergebnis/ Befunde!</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>16. Wurde eine Ultraschalluntersuchung des Bauches, eine Röntgenuntersuchung oder ein Computertomogramm (CT) vorgenommen? Wenn ja, wann? Welche? Ggf. Ergebnis/ Befunde!</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>17. Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen-, oder sonstigen Strahlen behandelt worden? Wenn ja, wann? Ggf. Ergebnis/ Befunde!</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>18. Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz eine Erwerbsminderung? Wenn ja, wieviel Prozent?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja Prozent <input type="checkbox"/> nein</p>

Fragebogen Lebererkrankungen



19. Wurde eine Biopsie, Punktion, Laparoskopie o.ä. vorgenommen? Wenn ja, wann? Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
20. Wurde ein HIV-AK-Test ("AIDS-Test" häufig bei Hepatitis B und C) durchgeführt? Wenn ja, wann? Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
21. Wurde eine spezielle Untersuchung durchgeführt? Wenn ja, wann? Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
22. Zusätzliche Angaben	
23. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Falls nein, welche Folgen/ Beschwerden bestehen noch?	<input type="checkbox"/> ja, seit..... <input type="checkbox"/> nein
24. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
25. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? Wenn ja, wann, Dauer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von.....bis.....

Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten bei.

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? **(Bitte immer beantworten)**

zusätzliche Angaben sind beigefügt
 Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Falls ärztliche Unterlagen vorliegen bitte diese ebenfalls beifügen!

Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

Datum
 Unterschrift der zu versichernden Person
 Unterschrift des Antragstellers