

## Gallenerkrankungen - Z 10



Versicherungsscheinnr: /  
Versicherte Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit:

HanseMercur Lebensversicherung AG  
Abt. B - Risikoprüfung  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg  
AD-Nr.:

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung?  Gallenblasenentzündung  
 Gallenblasensteine  
 Gallenblasentumor  
 \_\_\_\_\_
2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch?  
(z. B. Verdauungsbeschwerden, Koliken, usw.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden
- Einmalig von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Wiederholt Seit wann? \_\_\_\_\_ Wann zuletzt? \_\_\_\_\_
- Dauernd Seit wann? \_\_\_\_\_
4. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?
- nein, keine Folgen/Beschwerden mehr seit: \_\_\_\_\_
- ja, Art der Folgen/Beschwerden: \_\_\_\_\_
5. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann?  nein  
 ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
6. Wurde Ihnen zu einer Diät/Alkoholabstinenz geraten? Wenn ja, welche?  nein  
 ja \_\_\_\_\_
7. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?  nein  
 ja \_\_\_\_\_ % GdB/MdE

8. Wie werden bzw. wurden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden behandelt?

Keine Behandlung

Medikamente von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Regelmäßig/  bei Bedarf mit \_\_\_\_\_

Regelmäßig/  bei Bedarf mit \_\_\_\_\_

Operation durchgeführt am \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

Name/Anschrift des Krankenhauses

\_\_\_\_\_

Operation angeraten/geplant Welche und wann? \_\_\_\_\_

Name/Anschrift des behandelnden Arztes

\_\_\_\_\_

Steinzertrümmerung am \_\_\_\_\_

Name/Anschrift des des Krankenhauses

\_\_\_\_\_

Sonstige Behandlung \_\_\_\_\_

9. Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt?

(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann?, Welche?, Ergebnisse?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Von wem (Arzt/Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?

Name/Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

11. Zusätzliche Angaben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Z 10