

Gallenerkrankungen - Z 10



Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

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