

Leber - Z 17

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung?
(z. B. Leberentzündung / Hepatitis A, B, ..., Fettleber, Leberzyste...)

2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch?
(z. B. Verdauungsbeschwerden, Schmerzen, Gelbsucht, Koliken, Leberschwellung 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
Dauer? ja, von _____ bis _____

6. Wurde Ihnen zu einer Diät / Alkoholabstinenz geraten? nein
Wenn ja, welche? 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 wurden oder werden Sie behandelt:

- keine Behandlung
- Medikamente, Injektionen 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

- Sonstige Behandlung _____

9. Wurden Labortests (z. B. Hepatitis-Serologie, Leberwertbestimmung) durchgeführt?
(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann? Welche? Ergebnisse?)

10. Wurde eine Biopsie, Punktion, Laparoskopie (Bauchspiegelung) o. Ä. vorgenommen?
(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Welche Untersuchung, Wann, Ergebnis?)

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

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Welche Untersuchungen / Behandlungen

12. 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.