

# Magen-, Darm- und Speiseröhrenerkr. - Z 18



Versicherungsscheinnr: /  
Versicherte Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung? (z. B. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Geschwulst, Säuremangel oder Übersäuerung, Speiseröhrenentzündung, ...)?

2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch? (z. B. Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen, Durchfälle, Teerstühle, Blut im Stuhl, ...)

3. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden

Einmalig? von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Wiederholt? Seit wann? \_\_\_\_\_ Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Dauernd? Seit wann? \_\_\_\_\_

4. 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 Wann? \_\_\_\_\_

Name/Anschrift des behandelnden Krankenhauses

\_\_\_\_\_

Operation angeraten Name/Anschrift des behandelnden Arztes

\_\_\_\_\_

Einhaltung einer Diät Welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Behandlung Welche? \_\_\_\_\_

5. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?

Nein, keine Folgen/Beschwerden mehr seit: \_\_\_\_\_

Ja, Art der Folgen/Beschwerden: \_\_\_\_\_

6. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische /  
Getränke zu sich?  
Wenn ja, welche? In welchem Umfang?

ja  
Art \_\_\_\_\_

nein  
Menge/Tag \_\_\_\_\_

Art \_\_\_\_\_

Menge/Tag \_\_\_\_\_

7. Rauchen Sie?

ja, seit \_\_\_\_\_

nein

Wenn ja, was, seit wann, wie viel täglich?

Zigaretten: \_\_\_\_\_ Stück/Tag

Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Stück/Tag

8. Wurde (im Falle von Entzündungen oder  
Geschwüren) der Erreger "Helicobacter pylori"  
festgestellt?

ja  
 unbekannt

nein

9. Wurde eine Magen- oder Darmspiegelung  
vorgenommen? (Wenn ja, bitte hierzu nähere  
Angaben: Wann?, Ergebnis,...)?

nein  
 ja, \_\_\_\_\_

10. Wurde eine Ultraschalluntersuchung  
(Sonographie) oder Röntgen(kontrast)-  
untersuchung des Bauches vorgenommen  
(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann?  
Ergebnis...)?

nein  
 ja, \_\_\_\_\_

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

| Name / Anschrift | Zeitpunkt / Zeitraum | Welche Untersuchungen / Behandlungen |
|------------------|----------------------|--------------------------------------|
|                  |                      |                                      |

12. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden /  nein  
Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Dauer?  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

13. Besteht oder bestand eine Minderung der  nein  
Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der  ja, \_\_\_\_\_ % GdB/MdE  
Behinderung oder haben Sie einen solchen  
Antrag gestellt?

14. 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 18