Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Zusätzliche Erklärung über Gallenerkrankung

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Leiden oder litten Sie an Gallensteinen bzw. Gallenbeschwerden? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, wann? _____

Lag/liegt eine Entzündung der Gallenwege vor? ☐ nein ☐ ja

Wurde die Gallenblase operativ entfernt? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, wann? _____

Wurden die Gallensteine entfernt oder ☐ nein ☐ ja
sind sie auf natürlichem Wege abgegangen? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, wann? _____

In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wie oft traten die Gallenkoliken auf? ☐ einmalig ☐ mehrfach

Welche Medikamente sind erforderlich? _____
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Welche Beschwerden bestehen zurzeit? _____

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)
Wann war die letzte Behandlung? _____
Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? _____

Welche Behandlungen
- werden jetzt durchgeführt? _____
- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? _____

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Datum _____ Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter