

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
sind sie auf natürlichem Wege
abgegangen?

nein ja

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