

## 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  
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