

## Zusätzliche Erklärung über Magenerkrankung

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie Magenbeschwerden? \_\_\_\_\_

Bestand oder besteht

|  |                               |                             |             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-------------|
| - ein Magengeschwür?                               | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit: _____ |
| - ein Zwölffingerdarmgeschwür?                     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit: _____ |
| - eine Magenschleimhautentzündung?                 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit: _____ |
| - Bestehen sonstige Erkrankungen des Magen/Darmes? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit: _____ |

Wurden Sie operiert?  nein  ja  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Durch welchen Arzt? \_\_\_\_\_

(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wie häufig traten Beschwerden des Magens bzw. Zwölffingerdarms auf? \_\_\_\_\_

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

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 Beschwerden bestehen zurzeit? \_\_\_\_\_

Handelt es sich um eine chronische Erkrankung?  nein  ja

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