Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Zusätzliche Erklärung über Magenerkrankung

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Seit wann haben Sie Magenbeschwerden? _____

Bestand oder besteht			
- ein Magengeschwür?	☐ nein	☐ ja	seit: _____
- ein Zwölffingerdarmgeschwür?	☐ nein	☐ ja	seit: _____
- eine Magenschleimhautentzündung?	☐ nein	☐ ja	seit: _____
- Bestehen sonstige Erkrankungen des Magen/Darmes?	☐ nein	☐ 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