



## 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