

**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