

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