

Zusatzerklärung Leber- und Gallenerkrankungen

 Lebensversicherung Krankenversicherung

Antragsdatum

Antrag-Nr.

Versicherte Person

Name

Anschrift

Geburtsdatum

Detaillierte Angaben ersparen meistens Rückfragen. Bei diesem Fragebogen handelt es sich um ein Formschreiben. Deshalb kann es sein, dass Daten aus dem Antrag noch einmal abgefragt werden.

1. **Von wann bis wann waren Sie wegen Leber- und/oder Gallenerkrankungen in ärztlicher Behandlung?**

Bitte geben Sie Namen und Anschrift des Arztes an:

2. **Welche Diagnose stellte der Arzt (z. B. Gelbsucht, Fettleber, Hepatitis, Zyste, Gallensteine, Gallenblasenentzündung, Bauchspeicheldrüsenentzündung)?**

 Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C alkoholische Hepatitis

Zeitraum der Erkrankung:

Handelt es sich um eine chronische Leberentzündung?

 ja nein

3. **Erfolgte eine Krankenhausbehandlung?**

 ja nein

Wenn ja, Name und Anschrift des Krankenhauses, Station/Isolierstation angeben:

4. **Bitte machen Sie Angaben zu den letzten Untersuchungen:**

Röntgenuntersuchung

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Ergebnis

Ultraschalluntersuchung

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Ergebnis

Leberpunktion

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Ergebnis

Laboruntersuchung

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Ergebnis

Zusatzerklärung Leber- und Gallenerkrankungen

5. **Erfolgte eine Operation (z. B. Gallenblasenentfernung)?**

ja nein

Welche Operation, weshalb und wann wurde operiert?

Name und Anschrift des Krankenhauses?

6. **Wurden erhöhte Laborwerte festgestellt?**

ja nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis und wann?

	Ergebnis	Datum
GOT		
GPT		
Gamma-GT		
Bilirubin		
CHE		
Alkalische Phosphatase		
Sonstige (bitte näher ausführen)		

7. **Wurden Sie jemals wegen Alkoholkonsums ärztlich beraten oder behandelt?**

ja nein

Wenn ja, bitte Namen und Anschrift des Arztes oder des Krankenhauses und Zeitraum angeben:

8. **Bestehen noch Beschwerden?**

ja nein

Wenn ja, wann und welche?

Sind noch Steine vorhanden

ja nein

9. **Welche Behandlungen/Operationen werden noch notwendig sein?**

10. **Welche Medikamente wurden verordnet? Bitte nennen Sie Namen und Dosis?**

Welche Medikamente sind weiterhin erforderlich? Name und Dosis?

11. **Welche Ärzte (außer den in Punkt 1 und 4 genannten) haben Sie behandelt oder behandeln Sie jetzt noch? Bitte Name und Anschrift angeben:**

Wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?

Zusatzerklärung Leber- und Gallenerkrankungen

12. Waren Sie jemals berufsunfähig oder länger als 4 Wochen arbeitsunfähig?

ja

nein

Wegen welcher Erkrankung? Wann und wie lange?

Mir ist bekannt, dass die Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten sind. Ich weiß, dass die R+V Versicherung bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person