

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

\_\_\_\_\_  
Postfach 1660  
61406 Oberursel

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Versicherungs-Nr.:**

\_\_\_\_\_

Zu versichernde Person:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

## Fragebogen zu Speiseröhren-, Magen- und Darmerkrankungen

### Zeitlich befristete Fragen

1. An welchen Erkrankungen bzw. Funktionsstörungen der Speiseröhre, des Magens oder Darms leiden oder litten Sie in den letzten 10 Jahren?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Sind Beschwerden diesbezüglich in den letzten 10 Jahren aufgetreten (z.B. Sodbrennen, Schmerzen, Speiseunverträglichkeit, Verdauungsbeschwerden, Durchfall, Verstopfung, Blut im Stuhlgang, blutiges oder galliges Erbrechen)?

nein  ja

Falls ja, wann erstmals?

\_\_\_\_\_

wann zuletzt?

\_\_\_\_\_

Welche Beschwerden, in welchen Abständen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (Bitte alle Behandler der letzten 10 Jahre angeben. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler)

nein  ja

Falls ja,

1) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

erstmals aufgesucht am?  zuletzt aufgesucht am:

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

erstmals aufgesucht am?  zuletzt aufgesucht am:

4. Wie wurde diesbezüglich in den letzten 10 Jahren behandelt?

keine Behandlung

Medikamente

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von:  bis:  wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von:  bis:  wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von:  bis:  wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Diät

Art der Diät: \_\_\_\_\_

von:  bis:  wie oft täglich? \_\_\_\_\_

andere Therapien

welche? \_\_\_\_\_

von:  bis:  wie oft wöchentlich \_\_\_\_\_

5. Waren Sie aufgrund der Erkrankung/ der Beschwerden in den letzten 10 Jahren arbeitsunfähig?

nein  ja

Falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal von:  bis:

von:  bis:

6. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren geändert?

nein  ja

Falls ja, haben Sie zu oder abgenommen? \_\_\_\_\_

Wie viele kg in welchem Zeitraum: \_\_\_\_\_

### Zeitlich nicht befristete Fragen

7. Wann haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden erstmals Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen (ggfs. auch länger als 10 Jahre zurückliegend)?

Name und Anschrift des Therapeuten: \_\_\_\_\_

erstmals aufgesucht am:  zuletzt aufgesucht am:

8. Wurde in der Vergangenheit eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie, oder Ultraschalluntersuchung) diesbezüglich durchgeführt? <b>Befunde bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, welche Untersuchung und wann? _____ Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung: _____	
9. Wurde eine Spiegelung (Endoskopie) der Speiseröhre, des Magens oder Darms durchgeführt? <b>Befunde bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, welche Untersuchung und wann? _____ Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung: _____	
10. Sind Operationen diesbezüglich durchgeführt worden oder vorgesehen? <b>Befunde bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, welche und wann? _____ Wo? Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses: _____	
11. Wurde eine feingewebliche Untersuchung im Rahmen einer Operation oder einer Spiegelung (Endoskopie) durchgeführt? <b>Befunde bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung: _____	
12. Sind aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, welche Komplikationen und wann? _____	
13. Waren aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden Behandlungen in einem Krankenhaus /stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? <b>Befunde bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, welche und wann? _____ Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung: _____	
14. Sind Folgen der Erkrankung / der Beschwerden zurückgeblieben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, welche? _____	
15. Haben die Beschwerden/ Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, zu welchen? _____	
16. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, empfohlene Tätigkeit? _____	

17. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?  nein  ja

Falls ja, was? \_\_\_\_\_ Wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_

Seit wann?  Bei Extrauchern, bis wann?

18. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung / die Beschwerden informiert?

Name und Anschrift des Arztes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x