

Fragebogen Magen- und Darmerkrankungen

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 3 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 5 Jahren**.

Krankheiten

1. Welche **Magenerkrankungen** bestehen oder bestanden bei Ihnen?

- | | |
|---|---|
| ☐ Speiseröhrenentzündung (Ösophagitis) | ☐ Magenschleimhautentzündung (Gastritis) |
| ☐ Refluxkrankheit | ☐ Magengeschwür |
| ☐ Hiatushernie/Zwerchfellbruch | |
| ☐ andere und zwar _____ | |

Welche **Darmerkrankungen** bestehen oder bestanden bei Ihnen?

- | | |
|---|---|
| ☐ Glutenunverträglichkeit/Zöliakie (Sprue) | ☐ Darmentzündung |
| ☐ Reizdarm | ☐ Darmpolypen |
| ☐ Divertikulose | ☐ Divertikulitis |
| ☐ Zwölffingerdarmgeschwür | |
| ☐ Morbus Crohn, Erstdiagnose im Jahr _____, schubfrei seit _____ | |
| ☐ Colitis Ulcerosa in Form von | ☐ Proktitis ☐ linksseitige Erkrankung ☐ Pancolitis |
| ☐ andere und zwar _____ | |

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Arztberichte/Krankenhausentlassungsberichte – inkl. der zugehörigen histologischen Befunde – in Kopie mit ein.

Beschwerden

2. Welche Beschwerden bestehen oder bestanden?

- | | |
|--|--|
| ☐ Sodbrennen | ☐ Schmerzen |
| ☐ Übelkeit/Erbrechen | ☐ Durchfälle |
| ☐ Blut im Stuhl | ☐ Gewichtsveränderungen |
| ☐ andere und zwar _____ | |

Wie oft sind die Beschwerden aufgetreten? ☐ einmalig ☐ mehrmalig ☐ andauernd
☐ 1 – 2 x pro Jahr ☐ mehr als 2 x pro Jahr

Sind Sie beschwerdefrei?

☐ Ja, seit _____

☐ Nein, folgende Beschwerden/Folgen/Einschränkungen bestehen:

Medikamente

3. Nehmen Sie aufgrund der Erkrankung Medikamente ein?

- ☐ Nein ☐ Ja und zwar _____
 ☐ als Bedarfsmedikation ☐ als Dauermedikation
☐ Ja und zwar _____
 ☐ als Bedarfsmedikation ☐ als Dauermedikation

**Untersuchungen/
Behandlungen**

4. Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind aufgrund der Magen-/Darmbeschwerden erfolgt oder geplant?

- ☐ Laboruntersuchung ☐ Ultraschalluntersuchung (Sonografie)
☐ Magenspiegelung (Gastroskopie) ☐ Darmspiegelung (Koloskopie)
☐ Operation ☐ keine
☐ andere und zwar _____

Behandler

5. Nennen Sie uns zu den angegebenen Untersuchungen, Behandlungen, Operationen oder stationären Aufenthalten (Krankenhaus/Reha/Kur) bitte

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Arbeitsunfähigkeiten6. Waren Sie aufgrund der Magen-/Darmbeschwerden **arbeitsunfähig**?

- ☐ Nein ☐ Ja, Zeitraum _____

Zusätzliche Angaben

Folgende Zusatzinformationen sind beigelegt:

Sofern hier keine Angaben getätigt werden, gehen wir davon aus, dass keine Beiblätter, Befundkopien etc. beigelegt wurden.

**Schlusserklärung
und Unterschrift**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

 Ort, Datum
X

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)