

## Fragebogen Leber und Galle

### 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 Erkrankungen bestehen oder bestanden bei Ihnen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A oder E                                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis B   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C  | <input type="checkbox"/> Toxische Hepatitis/toxischer Leberschaden               |
| <input type="checkbox"/> Fettleber (Steatosis hepatis)                      | <input type="checkbox"/> Erhöhte Leberwerte (Hepatopathie)                       |
| <input type="checkbox"/> Leberzirrhose                                      | <input type="checkbox"/> Leberzysten, _____ Stück                                |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht (Ikterus)                                | <input type="checkbox"/> Morbus Meulengracht/Gilbert Syndrom                     |
| <input type="checkbox"/> Akute Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis) | <input type="checkbox"/> Chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis) |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine (Cholelithiasis)                      | <input type="checkbox"/> Vereinzelt Gallenkoliken                                |
| <input type="checkbox"/> Häufige Gallenkoliken                              | <input type="checkbox"/> Gallenblasenentzündung (Cholezystitis)                  |
| <input type="checkbox"/> Gallengangentzündung (Cholangitis)                 |  |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____                              |  |

**Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Arztberichte/Krankenhausentlassungsberichte – inkl. der zugehörigen histologischen Befunde – sowie Kopien der drei zuletzt erhobenen Laborwerte mit ein.**

Wann sind die Erkrankungen erstmals aufgetreten? \_\_\_\_\_

Wie oft sind sie seitdem aufgetreten?  einmalig  mehrmalig  andauernd

Sind Sie beschwerdefrei?

Ja, seit \_\_\_\_\_

Nein, folgende Beschwerden/Folgen/Einschränkungen bestehen:  
\_\_\_\_\_

### Untersuchungen/ Behandlungen

2. Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind aufgrund der Leber/Galle erfolgt oder geplant?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Laboruntersuchung        | <input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchung (Sonografie) |
| <input type="checkbox"/> Computertomographie (CT) | <input type="checkbox"/> Kernspin (MRT)                       |
| <input type="checkbox"/> Gewebeentnahme (Biopsie) | <input type="checkbox"/> Bauchspiegelung/Laparoskopie         |
| <input type="checkbox"/> Operation                | <input type="checkbox"/> keine                                |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____    |   |

**Behandler**

3. 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 \_\_\_\_\_

**Arbeitsunfähigkeiten**

4. Waren Sie aufgrund der Erkrankungen **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)