

Fragebogen

(Leber, Gallenblasen- und Bauchspeicheldrüse)

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

1. **Wie wurde die Erkrankung bezeichnet?** (z. B. Gallensteine, Gallenblasenentzündung, Hepatitis, Gelbsucht, Fettleber, Bauchspeicheldrüsenentzündung)
Diagnose?

2. **Art der Beschwerden?** (z. B. Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Gewichtsveränderungen, Gelbfärbung der Haut oder Augen, Juckreiz, Müdigkeit, Erschöpfung)
Welche?

3. **Wurden bei Ihnen auffällige Laborwerte festgestellt?** (z. B. Entzündungswerte wie CRP, Leukozyten, erhöhte Leberwerte wie Gamma-GT, GOT, GPT)

☐ nein Welche?

☐ ja

4. **Welche Behandlungen wurden durchgeführt?**
Medikamente

☐ nein Welche? Menge?

☐ ja

Nehmen Sie derzeit noch Medikamente?

☐ nein Welche? Menge?

☐ ja

Operationen/Biopsien

☐ nein Welche? Wann?

☐ ja

Sonstige Behandlungen

☐ nein Welche? Wann?

☐ ja

5. **Ist Ihnen die Ursache Ihrer Erkrankung bekannt?**

☐ nein Welche Ursache?

☐ ja

Fragebogen

(Leber, Gallenblasen- und Bauchspeicheldrüse)



unternehmensgruppe
assekuranz-finan-z-makler

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

6. Sind Sie Raucher?

☐ nein

☐ ja

Anzahl/Art pro Tag?

Zigaretten

Zigarren

Pfeifen

☐ Sonstiges (z. B. e-Zigarette)

Welche?

7. Trinken Sie Alkohol?

☐ nein

Was?

In welchen Mengen/Zeitabständen?

☐ ja

Wurden Sie jemals wegen Alkoholismus beraten oder behandelt?

☐ nein

Name und Anschrift des Arztes

☐ ja

8. Gewichtsveränderungen in den letzten 2 Jahren?

☐ nein

☐ ja, um

kg

☐ zugenommen

☐ abgenommen

9. Sind Sie noch in Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe?

☐ nein

Name und Fachgebiet des Behandlers/Therapeuten

☐ ja

Sind weitere Untersuchungen und/oder Behandlungen geplant oder angeraten?

☐ nein

Welche?

Wann?

☐ ja

Gegenwärtiger Zustand: Sind Sie völlig geheilt und beschwerdefrei?

☐ nein

Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch?

☐ ja

Seit wann?

Fragebogen
(Leber, Gallenblasen- und Bauchspeicheldrüse)

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

10. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente wegen Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit und/oder besitzen oder beantragen Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht? (bitte entsprechende Bescheide inkl. Begründungsteil beifügen)

☐ nein

MdE in %?

GdB in %?

☐ ja

Aus welchem Grund?

11. Bestand/besteht wegen der o. a. oder einer anderen Erkrankung Arbeits-, Schul- oder Studienunfähigkeit von mehr als zwei Wochen innerhalb der letzten 5 Jahre?

☐ nein

Diagnose?

von – bis

☐ ja