

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 ärztlicherseits bezeichnet? (z. B. Säuremangel oder Übersäuerung, nervöser Magen, Magenschleimhautentzündung, chronische Verstopfung oder Durchfälle, Magen oder Darmgeschwür, Polypen, Zysten)
Diagnose?

Art der Beschwerden?

2. Wie oft treten/traten die Beschwerden auf?

☐ einmalig, wann?

☐ wiederholt, wie oft? mal erstmalig? (Datum) letztmalig? (Datum)

☐ andauernd, seit wann?

3. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt? (bitte die jeweiligen Befundberichte einreichen)

☐ Magenspiegelung ☐ Darmspiegelung ☐ Magen/Darmspiegelung kombiniert

☐ Biopsie ☐ Laboruntersuchung ☐ Breischluck-Untersuchung

☐ Atemtest ☐ Sonstige:

4. Welche Behandlungen wurden durchgeführt?

Medikamente

☐ nein Welche? Menge?

☐ ja

Wie oft? ☐ täglich ☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ unregelmäßig bei Bedarf

Operationen

☐ nein Welche? Wann?

☐ ja

Sonstige Behandlungen

☐ nein Welche? Wann?

☐ ja

5. Gewichtsveränderungen in den letzten 2 Jahren?

☐ nein ☐ ja, um kg ☐ zugenommen ☐ abgenommen

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

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

☐ nein

Name und Fachgebiet des Behandlers/Therapeuten

☐ ja

9. Gegenwärtiger Zustand: Sind Sie völlig geheilt?

☐ nein

Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch?

☐ ja

Seit wann?

Nehmen Sie noch Medikamente?

☐ nein

Welche?

Menge?

Wie oft?

☐ ja

Sind weitere Untersuchungen und/oder Behandlungen geplant oder angeraten?

☐ nein

Welche?

Wann?

☐ ja

10. Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an bzw. wurde dieser ärztlich angeraten?

☐ nein

☐ ja

Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel bereits erfolgt?