

Fragebogen Darmerkrankungen (ohne Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa)

Name: _____ Geb.-Datum: _____

1. An welcher Erkrankung leiden Sie?

- Divertikulose
 Divertikulitis
 Reizdarm/stressbedingten Darmbeschwerden
 Colitis (nicht Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa)
 andere: _____

2. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten zu Ihrer Erkrankung mit:

a. Termin der Erstdiagnose (MM.JJJJ): ____ . ____

b. Weitere Angaben zum Verlauf:

Zeitpunkt des Auftretens (MM.JJJJ)	jeweilige Beschwerdedauer (in Tagen)	Medikamente (Name, Einnahmehäufigkeit und Dosierung)	jeweilige Arbeitsunfähigkeitstage

c. Bestanden oder bestehen

- Fisteln Fissuren
 Abszesse Stenosen
 Blutungen Darmverschluss
 andere Komplikationen _____

d. Welche Folgen bestehen? _____

3. Fanden wegen oben genannter Erkrankung stationäre Behandlungen statt?

Zeitpunkt (MM.JJJJ)	jeweilige Dauer des Aufenthalts (in Tagen)	Grund des Aufenthalts

nein

4. Wurden Sie wegen der unter Punkt 1 genannten Erkrankung operiert?

Termin der Operation (MM.JJJJ)	Grund der Operation

nein

5. Sind Operationen geplant?

nein

ja (Termin und Grund) _____

6. Nehmen Sie heute noch Medikamente ein?

nein

ja (Zeitraum, Name und Dosis) _____

7. Welchen Arzt / welche Ärzte nehmen / nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?
(Name, vollständige Anschrift und Fachrichtung)?

**Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen,
bitten wir um Übersendung / Einreichung.**

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Ich bestätige, dass sich mein Gesundheitszustand seit Antragstellung nicht verändert hat. Ärztliche Beratungen oder Behandlungen waren nicht erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift des zu Versichernden