

Fragebogen Magenerkrankungen

Name: _____ Geb.-Datum: _____

1. An welcher(n) Erkrankung(en) leiden bzw. litten Sie?

- Refluxkrankheit
- Barrett-Ösophagitis
- Hiatushernie
- Gastritis
- Helicobacter pylori
- Magengeschwür
- Reizmagen/stressbedingte Magenbeschwerden
- andere: _____

2. Welche Beschwerden / Symptome treten bzw. traten auf?

- Übelkeit / Erbrechen Magenschmerzen
- Sodbrennen Völlegefühl
- Aufstoßen
- andere: _____

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

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

b. Weitere Angaben zum Verlauf:

Zeitpunkt der Beschwerden (MM.JJJJ)	jeweilige Beschwerdedauer (in Tagen)	jeweilige Behandlungsdauer (in Tagen)	Arbeitsunfähigkeitstage

c. Welche Folgen bestehen? _____

4. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente ein?

nein

ja (Zeitraum, Name und Dosis): _____

5. Sind/Haben sich Ihre Beschwerden im Verlauf:

ausgeheilt

verbessert

verschlechtert

unverändert

6. Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache für die unter Punkt 1 genannten Beschwerden?

7. Wurde eine Magenspiegelung durchgeführt?

nein

ja, (MM.JJJJ, Ergebnis/Befund): _____

8. Sind Operationen geplant?

nein

ja (Termin und Grund) _____

9. 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