

Fragebogen Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa

Name: _____ Geb.-Datum: _____

1. An welcher Erkrankung leiden Sie?

Colitis Ulcerosa

Morbus Crohn

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

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

b. Weitere Angaben zum Verlauf:

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

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 oben genannter Erkrankung operiert?

Termin der Operation (MM.JJJJ)	Grund der Operation

nein

5. Nehmen Sie heute noch Medikamente ein?

nein

ja (Zeitraum, Name und Dosis) _____

6. 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