

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
Selbstauskunft
Verdauung und innere Organe

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		Zu versichernde Person:	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	
1. Allgemeine Angaben (sofern bekannt): Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg 2. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)? <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Reizdarm <input type="checkbox"/> Reizmagen <input type="checkbox"/> Gallensteine <input type="checkbox"/> Divertikulitis <input type="checkbox"/> Fettleber <input type="checkbox"/> Leberzirrhose <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> Entzündung Wo genau: _____ <input type="checkbox"/> chronische Darmentzündung Genaue Diagnose: _____ _____ (z.B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		Weitere Maßnahmen: _____ 8. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei) <input type="checkbox"/> Medikation: Name: _____ Dosierung: _____ Einnahme seit: _____ <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> Untersuchungen: Welche: _____ Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
3. Welche Ursachen/Folgen sind bekannt? <input type="checkbox"/> Stress, Nervösität, psychische Einflüsse <input type="checkbox"/> Genussgifte (Nikotin, Alkohol, Kaffee) Menge: _____ <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> Gallensteine <input type="checkbox"/> (Mangel-)Ernährung <input type="checkbox"/> Varizen der Speiseröhre <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		9. Fand eine stationäre Behandlung statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> OP Datum d. OP: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> OP angeraten wann: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
4. Welche Beschwerden treten auf? <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl <input type="checkbox"/> Kolik <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		10. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aufenthalt von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt angeraten _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
5. Wann traten die Beschwerden erstmalig auf? Datum: _____ (mindestens MM/JJJJ)		11. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____	
6. Halten Sie eine Diät? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche (bitte nähere Angaben?): _____		12. Besteht Behandlungsfreiheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____	
7. Besteht ein künstlicher Darmausgang? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte nähere Angaben: _____ Ist eine Rückverlegung vorgesehen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		13. Besteht Beschwerdefreiheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____	

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil des Versicherungsantrags. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Angebotsanfragenden sowie aller versicherten Personen über 16 Jahre