

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

D522222

Selbstauskunft Leber, Galle und Bauchspeicheldrüse

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. Welche Erkrankungen bzw. Beschwerden bestehen/ bestanden?

- Entzündung der Gallenblase
- Entzündung der Gallengänge
- Gallensteine
- Hepatitis (Leberentzündung) chronisch akut
- Virushepatitis A B C D E chronisch akut
- Fettleber
- Leberzirrhose
- Morbus Wilson (Kupferspeicherkrankheit)
- Hämatochromatose (Eisenspeicherkrankheit)
- Pankreatitis (Entzündung der Bauchspeicheldrüse)
- Pankreasinsuffizienz endokrin exokrin
- Tumor(e) gutartig bösartig Wo befindet sich der Tumor? _____
Wenn bekannt, genaue Diagnose: _____
- sonstige, welche: _____

3. Bitte nennen Sie uns die Ursache für die Beschwerden.

- unbekannt Alkoholgenuss Infektion
- Ernährung Medikamenteneinnahme andere Genussgifte (z. B. Nikotin, Kaffee)
- Folge einer anderen Erkrankung, welche: _____
- sonstige, welche: _____

4. Wie äußern sich die Beschwerden?

- Kolik(en) Übelkeit/ Erbrechen Fieber
- Abgeschlagenheit Gelbfärbung der Haut Verfärbung Stuhl/ Urin
- Appetitlosigkeit Druck-/ Völlegefühl Juckreiz
- sonstige: _____

5. Bitte teilen Sie uns die Ergebnisse der letzten Laboruntersuchung mit (ggf. beim Arzt erfragen) oder legen Sie das Laborblatt bei:

Datum: _____

GOT _____ U/l		MCV _____ U/l
GPT _____ U/l	alkalische Phosphatase AP _____ U/l	
Gamma-GT _____ U/l		Lipase _____ U/l
Amylase _____ U/l		

D522222

6. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?

- Einmalig? Wann? _____ (Monat/ Jahr)
- Wiederholt? Wann jeweils? _____ (Monat/ Jahr)
- Wann zuletzt? _____ (Monat/ Jahr)
- Dauerhaft? Seit wann? _____ (Monat/ Jahr)

7. Wie werden/ wurden die Beschwerden behandelt?

- keine Behandlung
- Aderlass
- Medikament(e), Präparatename(n): _____
- Akutbehandlung Dauertherapie
- Operation durchgeführt: Welche? _____
- Wann? _____ (Monat/ Jahr)
- Name/ Anschrift des Krankenhauses: _____
- Operation angedacht bzw. geplant, für wann? _____ (Monat/ Jahr)
- Kur-/ Rehaaufenthalt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
- Sonstige, welche? _____
- Wann? _____ (Monat/ Jahr)

8. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten sind/ waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen den Erkrankung(en) in Behandlung?

- Hausarzt Internist Gastroenterologe Heilpraktiker
- sonstige: _____

Name, vollständige Anschrift: _____

9. Waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

- nein ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): _____ (Datum/ Zeitraum)
- _____ (Datum/ Zeitraum)

Diese Selbstauskunft ist Bestandteil des Versicherungsantrages. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige 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 der zu versichernden Person über 16 Jahre
(gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)