

Antwort

Absender

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

---

---

---

D522222

## Selbstauskunft Magen-/ Darmerkrankungen

für \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

1. Größe \_\_\_\_\_ cm      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

### 2. Welche Erkrankung(en) oder Beschwerden des Magens oder des Darmtrakts bestehen/ bestanden?

- Reflux/ Sodbrennen:     mit Speiseröhrentzündung     ohne Speiseröhrentzündung
- Ösophagusvarizen (Krampfader der Speiseröhre)
- Gastritis (Magenschleimhautentzündung)
- Magengeschwür
- Reizmagen
- Gastroenteritis (Magen-Darm-Infekt)
- Reizdarmsyndrom
- Blinddarmreizung/ -Entzündung:     mit Entfernung, wann? \_\_\_\_\_
- Darmpolypen
- Divertikulitis
- Colitis ulcerosa
- Morbus Crohn
- Zöliakie/ Sprue
- Zwölffingerdarmgeschwür
- Darmverschluss
- Hämorrhoiden (Bitte Fragebogen Hämorrhoidalleiden ausfüllen.)
- Analfistel
- Analfissur(en)
- Analthrombose(n)
- Abszess(e), wo? \_\_\_\_\_
- Tumorkrankung(en)
- sonstige, welche? \_\_\_\_\_

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

- unbekannt
- Stress, Nervosität, psychische Einflüsse
- Helicobacter-Bakterien
- Genussgifte (Nikotin, Alkohol, Kaffee)
- Lebensmittelunverträglichkeit
- Medikamenteneinnahme
- Hiatushernie (Zwerchfellbruch)
- Verstopfung
- sonstige, welche? \_\_\_\_\_

### 4. Wie äußern sich die Beschwerden?

- Bauchschmerzen/ -Krämpfe
- Übelkeit/ Erbrechen
- Sodbrennen
- Durchfall
- Völlegefühl
- Verstopfung
- Blut im Stuhl
- Kolik(en)
- sonstige: \_\_\_\_\_

**5. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?**

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

D522222

**6. Wie werden/ wurden die Beschwerden behandelt?**

- keine Behandlung  
 Medikament(e), Präparatename(n): \_\_\_\_\_  
 Akutbehandlung  Dauertherapie  
 Operation durchgeführt: 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)  
 Magen- bzw. Darmspiegelung: Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  
 (Bitte Befundbericht(e) einreichen.)  
 Probeentnahme/ Biopsie  ohne Probeentnahme/ Biopsie

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

- Hausarzt  Internist  Gastroenterologe  Heilpraktiker  
 Psychologe  sonstige: \_\_\_\_\_

Name, vollständige Anschrift: \_\_\_\_\_

**8. 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 Selbstausskunft 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)