ALTE OLDENBURGER

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.: VD522203

Selbstauskunft
Verdauung/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)?

☐ Sodbrennen/Reflux ☐ Reizdarm ☐ Reizmagen
☐ Refluxösophagitis ☐ Divertikulitis ☐ Magengeschwür
☐ Gastritis ☐ Hämorrhoiden ☐ Zwölffingerdarmgeschwür
☐ Polypen ☐ Tumorerkrankungen
☐ Entzündung Wo genau: _____
☐ chronische Darmentzündung Genaue Diagnose:_____
_____(z.B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn)
☐ Sonstiges: _____

3. Welche Ursachen/Folgen sind bekannt?

☐ Stress, Nervösität, psychische Einflüsse
☐ Genussgifte (Nikotin, Alkohol, Kaffee) Menge: _____
☐ Helicobater pylori ☐ Infektion ☐ Zwerchfellbruch (Hiatushernie)
☐ Gallensteine ☐ (Mangel-)Ernährung
☐ Varizen der Speiseröhre ☐ Sonstiges:_____

4. Welche Beschwerden treten auf?

☐ Bauchschmerzen ☐ Sodbrennen ☐ Krämpfe
☐ Übelkeit, Erbrechen ☐ Durchfall ☐ Völlegefühl
☐ Verstopfung ☐ Blut im Stuhl ☐ Kolik
☐ Sonstiges: _____

5. Wann traten die Beschwerden erstmalig auf?
Datum: _____ (mindestens MM/JJJJ)

6. Halten Sie eine Diät?
☐ nein ☐ ja Welche (bitte nähere Angaben)?: _____
_____

7. Besteht ein künstlicher Darmausgang?
☐ nein ☐ ja Bitte nähere Angaben: _____
Ist eine Rückverlegung vorgesehen? ☐ nein ☐ ja

Weitere Maßnahmen: _____
_____

8. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)

☐ **Medikation:** Name: _____
Dosierung: _____
Einnahme seit: _____
☐ abgeschlossen ☐ dauerhaft

☐ **Untersuchungen:**
Welche: _____
Ergebnis: _____

☐ **Sonstiges:** _____

9. Fand eine stationäre Behandlung statt?
☐ nein
☐ ja ☐ OP Datum d. OP: _____ Art: _____
☐ OP angeratenwann: _____ Art: _____
☐ Sonstiges: _____

10. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?
☐ nein
☐ ja ☐ Aufenthalt von: _____ bis: _____
☐ Aufenthalt angeraten _____
☐ Sonstiges: _____

11. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?
☐ nein ☐ ja, von: _____ bis: _____

12. Besteht Behandlungsfreiheit?
☐ nein ☐ ja, seit: _____

13. Besteht Beschwerdefreiheit?
☐ nein ☐ 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

Theodor-Heuss-Str. 96
49377 Vechta
Telefon 0 44 41 / 905 – 0
Telefax 0 44 41 / 905 – 470
info@alte-oldenburger.de
www.alte-oldenburger.de

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Vorstand: Manfred Schnieders (Vorsitzender) | Dr. Dietrich Vieregge
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Hermann Kasten HRB: Oldenburg 201539
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.
Vorstand: Manfred Schnieders (Vorsitzender) | Dr. Dietrich Vieregge
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Georg Hake HRB: Oldenburg 110012