

Zusatzklärung Magen und Darm

Zu versichernde Person: _____ Antragsnummer: _____
 (bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Erläuterungen

Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!

Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie **uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben**, auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.

In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. **Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.**

Art der Erkrankung/ Beschwerden

An welchen Erkrankungen des Magens leiden oder litten Sie?

<input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündung (Gastritis)	<input type="checkbox"/> Magenpolyp	<input type="checkbox"/> Magengeschwür/Ulkus
<input type="checkbox"/> Reizmagen/Magenneurose	<input type="checkbox"/> Magenverstimmung	<input type="checkbox"/> Magen-/Darmentzündung
<input type="checkbox"/> Hiatushernie	<input type="checkbox"/> Magentumor/Magenkrebs	<input type="checkbox"/> Divertikulose/Divertikulitis des Magens
<input type="checkbox"/> Magenpfortnerkrampf	<input type="checkbox"/> Magenausgangsverengung/-stenose	<input type="checkbox"/> Magenblutung
<input type="checkbox"/> Refluxösophagitis	<input type="checkbox"/> Magenkrampfadern/-varizen:	

Bei keinen weiteren Erkrankungen des Magens genügt die Zusatzklärung Venenerkrankungen

Welche hier nicht genannte Magenerkrankung? _____

An welchen Erkrankungen des Darms leiden oder litten Sie?

<input type="checkbox"/> Blinddarmreizung/-entzündung	<input type="checkbox"/> Reizdarm/Darmneurose	<input type="checkbox"/> Darmvorfall/-prolaps
<input type="checkbox"/> Darm-Abszess	<input type="checkbox"/> Darmentzündung	<input type="checkbox"/> Darmgeschwür/-ulkus
<input type="checkbox"/> Darminkontinenz	<input type="checkbox"/> Darmpolypen	<input type="checkbox"/> Darmverschluss
<input type="checkbox"/> Darmblutung	<input type="checkbox"/> Darminkontinenz	<input type="checkbox"/> Darmstillstand/-lähmung
<input type="checkbox"/> Darmriß	<input type="checkbox"/> Darmverletzung	<input type="checkbox"/> Darmtumor/Darmkrebs
<input type="checkbox"/> Divertikulose/Divertikulitis des Darms	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn	

Darmfistel von wo nach wo? _____

Welche hier nicht genannte Darmerkrankung? _____

In welchem Rhythmus traten diese Erkrankungen bislang auf?

einmalig von _____ bis _____ (Monat/Jahr) wie lange? _____ Stunden _____ Tage

anfallsartig: wie oft? _____ mal wie lange durchschnittlich? _____ Minuten _____ Stunden _____ Tage

wann erstmalig? _____ (Monat/Jahr) wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)

dauernd wann erstmalig? _____ (Monat/Jahr) wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)

Unter-suchungen

Von welchen Ärzten in welchen Einrichtungen wurden Sie deswegen in den letzten 5 Jahren untersucht/behandelt (Name und Anschrift)?

Wann? von _____ bis _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär

von _____ bis _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär

Welche Untersuchungen wurden dabei vorgenommen?

<input type="checkbox"/> Magenspiegelung (Gastroskopie)	<input type="checkbox"/> Sonographie	<input type="checkbox"/> Laparoskopie
<input type="checkbox"/> Darmspiegelung (Koloskopie)	<input type="checkbox"/> Rektoskopie	<input type="checkbox"/> Labor

Sonstige Untersuchungen _____

Ergebnis: _____

Bei welchem Arzt können die entsprechenden Befunde angefordert werden?

Zusatzerklärung Magen und Darm

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 2 von 3
	Welche Grundleiden / Erkrankungsursachen wurden ärztlicherseits festgestellt? _____ _____ <input type="checkbox"/> keine festgestellt
Behandlung	<p>Wie wurde(n) die Erkrankung(en)/die Beschwerden behandelt?</p> <input type="checkbox"/> keine Behandlung erfolgt <input type="checkbox"/> mit Medikamenten <input type="checkbox"/> mit Diät <input type="checkbox"/> Operation (durchgeführt) <input type="checkbox"/> Operation (angeraten) <input type="checkbox"/> Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Sonstige Behandlung _____ <p>Bei medikamentöser Therapie bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben _____ _____</p> <p>Die Einnahme erfolgt(e) <input type="checkbox"/> derzeit noch immer: <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf <input type="checkbox"/> nicht mehr seit _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Die Symptome haben sich <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> sind gleich geblieben</p> <p>Welche Operationen wurden in den letzten 5 Jahren durchgeführt?</p> <input type="checkbox"/> Magenbypass <input type="checkbox"/> Teilentfernung des Magens <input type="checkbox"/> vollständige Magenentfernung <input type="checkbox"/> Magenband <input type="checkbox"/> Fundoplicatio (Wiederherstellung des Schlussmechanismus des Magens gegen die Speiseröhre) <input type="checkbox"/> Darmbypass <input type="checkbox"/> Teilentfernung des Darms: welcher Teil? _____ <input type="checkbox"/> künstlicher Darmausgang <input type="checkbox"/> Adhäsioolyse (Lösen von Verwachsungen) <input type="checkbox"/> Polypenabtragung <input type="checkbox"/> Sonstige Behandlung _____ <p>Wann? _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär</p> <p>Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____ _____</p> <p>Der Gewebefund (Histologie) war <input type="checkbox"/> gutartig <input type="checkbox"/> bösartig (Bitte Kopie des Befundes)</p> <p>Die TNM-Einstufung lautete _____</p> <p>Welche Operationen sind geplant? _____</p> <p>Wann? _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär</p> <p>Waren Krankenhaus-, Sanatoriums- oder Kuraufenthalte erforderlich?</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ (Monat/Jahr) _____ (Monat/Jahr) <p style="padding-left: 40px;">In welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____ _____</p> <p>Sie sind völlig geheilt und benötigen keine Behandlung mehr</p> <input type="checkbox"/> ja seit _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> nein, folgende Beschwerdesymptome bestehen derzeit noch? _____ <p>Welcher Arzt behandelt/kontrolliert Sie derzeit noch? _____</p> <p>Ergebnis der letzten Kontrolluntersuchung _____ _____ (Monat/Jahr)</p>

Zusatzklärung Magen und Darm

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 3 von 3

Weitere Fragen an die zu versichernde Person	<p>Waren Sie wegen der Magen-/Darmbeschwerden in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen am Stück arbeitsunfähig?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____</p> <p>Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____</p> <p>Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Planen Sie einen solchen Wechsel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen</p> <p><u>Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach!</u></p> <p><u>Bitte immer beantworten:</u> Folgen noch weitere Angaben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten</p> <p><input type="checkbox"/> ja, es folgen noch weitere Angaben</p>
---	---

Unterschrift	<div style="border-top: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">Ort, Datum</div> <div style="width: 45%;">Unterschrift der zu versichernden Person</div> </div>
---------------------	---

Belehrung	<p>Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.</p> <p>Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen? Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.</p> <p>Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird? Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.</p>
------------------	--