

Fragebogen Magen/Darm/Speiseröhre

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Vorname Nachname

Geburtsdatum

1. Welche Beschwerden bestehen oder bestanden?

2. Wie nannte der Arzt die Erkrankung?

3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

4. Wie lange dauern/dauerten die Beschwerden und wie oft treten/traten sie auf?

Beschwerdehäufigkeit:

einmalig

selten

gelegentlich

häufig

Beschwerdezeitraum pro Jahr:

bis zu einer Woche

bis zu einem Monat

größer 4 Monate

2-3 Monate

Sonstiges:

5. Sind Sie völlig beschwerdefrei? Wenn ja, seit wann?

6. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankung arbeitsunfähig gewesen?

Nein

Ja

Falls ja, wann und wie lange?

7. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie deswegen?

Bei Bedarf

dauernd

zuletzt (Monat, Jahr):

Bei Bedarf

dauernd

zuletzt (Monat, Jahr):

Bei Bedarf

dauernd

zuletzt (Monat, Jahr):



8. Ist eine Operation durchgeführt worden oder ist eine solche angeraten?

Nein Ja

Falls ja, wann und welcher Art?

9. Welche Untersuchungen wurden vorgenommen, wann und mit welchem Ergebnis?

<input type="checkbox"/> Magenspiegelung	am (Monat, Jahr):	<input type="text"/>	Ergebnis:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Darmspiegelung	am (Monat, Jahr):	<input type="text"/>	Ergebnis:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ultraschall	am (Monat, Jahr):	<input type="text"/>	Ergebnis:	<input type="text"/>

Bitte den Befund der letzten Magen- oder Darmspiegelung zur Einsicht einreichen!

10. Sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen angeraten?

Nein Ja

Falls ja, in welchen Abständen?

Wann fand die letzte
Kontrolluntersuchung statt?

Mit welchem Ergebnis?

Die gesetzliche Verpflichtung, alle bekannten gefahrerheblichen Umstände wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, gilt auch für die hier gestellten Fragen. Hinsichtlich der möglichen Konsequenzen einer Verletzung der Anzeigepflichten verweisen wir auf unsere zusammen mit den Versicherungsbedingungen übersandte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage www.hannoversche.de unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Bitte Rückversand an: Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover