

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Monat Jahr

Trat die Krankheit mehrmals auf?

ja nein

Falls ja, in welchen Abständen?

Zu welchen Beschwerden (Symptomen) führte die Krankheit?

saures Aufstoßen starker Hustenreiz Speiseröhrentzündung
 Bluterbrechen Sodbrennen Speiseröhrenverengung
 Barret-Syndrom Atemnot Schmerzen hinter dem Brustbein

Sonstige Beschwerden

Besteht seitens der Krankheit Beschwerdefreiheit?

ja nein

Falls ja, seit wann?

Monat Jahr

Ist die Ursache der Krankheit bekannt?

ja nein

Falls ja, welche?

scharfe Gewürze Alkohol Kaffee
 fetthaltige Nahrungsmittel Nikotin

Sonstige Ursachen

Welche Untersuchungen wurden hinsichtlich der Krankheit durchgeführt?

24-Stunden-pH-Metrie Spiegelung der Speiseröhre und des Magens
 Gewebeentnahme

Sonstige Untersuchungen

Zu welchen Befunden führten diese Untersuchungen?

Welche Therapie wurde bisher durchgeführt?

Diät Alkoholreduktion Operation – wann?
 Ernährungsumstellung Nikotinverzicht Monat Jahr
 Medikamente

Welche Medikamente werden/wurden in welcher Dosierung eingenommen?

Ist die Therapie abgeschlossen?

ja nein Monat Jahr

Falls ja, seit wann?

ja nein

Sind weitere Untersuchungen oder Behandlungen angeraten oder geplant?

ja nein

Falls ja, welche?

Bei welchen Ärzten/Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person