

Fragebogen: Verdauung und innere Organe

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?

Entzündung | wo genau: _____

chronische Darmentzündung | genaue Diagnose (z.B. Colitis Ulcerosa, Morbus Chron): _____

Reizdarm Reizmagen Gallensteine Divertikulitis
 Fettleber Leberzirrhose Refluxösphagitis Hiatushernie
 Tumorerkrankung Sonstiges: _____

2. Welche Ursachen/Faktoren sind bekannt?

Stress, Nervosität, psychische Einflüsse Genussgifte (Nikotin, Alkohol, Kaffee) | Menge: _____
 Helicobacter pylori Infektion Varizen der Speiseröhre
 (Mangel-)Ernährung Sonstiges: _____

3. Welche Beschwerden treten auf?

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

4. Wann traten die Beschwerden erstmalig auf?

Datum: (mindestens MM/JJJJ)

5. Fanden ambulante Behandlungen statt?

Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

6. Welche Behandlungen fanden statt (z.B. Spiegelung, Nahrungumstellung,...)? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

Medikation

Name	Dosierung
Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft
<input type="checkbox"/> Untersuchungen	
welche	Ergebnis

Sonstiges: _____



Fragebogen: Verdauung und innere Organe

B

7. Halten Sie eine Diät?

- Ja | welche (bitte nähere Angaben): _____
 Nein

8. Besteht ein künstlicher Darmausgang?

- Ja | bitte nähere Angaben: _____
 Nein

Ist eine Rückverlegung vorgesehen? Ja Nein

weitere Maßnahmen

9. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Ja OP | Datum der OP: _____ Art: _____
 OP angeraten | wann: _____ Art: _____
 Sonstiges: _____
 Nein

10. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja Aufenthalt | von: _____ bis: _____
 Aufenthalt angeraten: _____
 Sonstiges: _____
 Nein

11. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

12. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

13. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

