

Selbstauskunft Stoffwechselerkrankungen

Allgemeine Angaben

Zu- und Vorname der zu versichernden Person		Antrag vom:	
Geburtsdatum:		Antragsteller / Vers.-Nummer:	
Anschrift:			

Stoffwechselerkrankungen (z. B. Magen-Darm-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ I, Typ II, Funktionsstörung der Schilddrüse, etc.)

Frage 1:	a) Welche Krankheitsbezeichnung (med. Diagnose) nannte Ihnen der Behandler?	
	b) Wer behandelte Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung? (Bitte Name und Anschrift angeben)	
	c) Wie oft haben Sie in den letzten 36 Monaten einen Behandler aufgesucht?	
Frage 2:	a) Welche Beschwerden haben / hatten Sie?	
	b) Seit wann haben / hatten Sie diese Beschwerden?	
	c) Wann hatten Sie diese Beschwerden erstmals, wann zuletzt?	

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.		
Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Stoffwechselerkrankungen

Frage 2:	d) Bestanden <u>in den letzten fünf Jahren</u> Krankheiten der Verdauungs- bzw. Ausscheidungsorgane (z. B. Magengeschwür, Darmentzündung, erhöhte Leberwerte, Nieren- und Harnwegsentzündungen, etc.)? Falls ja, welche?		
Frage 3:	a) Sind / Waren aufgrund der Beschwerden / der Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus, Reha-Maßnahmen oder Kuren notwendig? Bitte Befunde beifügen.	Nein ☐ Ja ☐	Ambulant ☐ Stationär ☐
		Wann? (Zeitraum)	
		Wo? (bitte Name und Anschrift angeben)	
	b) Haben Sie aufgrund der Beschwerden durch die Schwere des Auftretens eine Notaufnahme aufgesucht? Falls ja, schildern Sie in Kürze warum?		
Frage 4:	a) Von wann bis wann waren Sie in Behandlung oder Kontrolle?		
	b) Sind Sie zurzeit noch in Behandlung? Dazu zählen auch Nach- / Kontrolluntersuchungen zu ausgeheilten / abgeklungenen Erkrankungen.	Nein ☐ Ja ☐	

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.		
Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Stoffwechselerkrankungen

Frage 4:

c) Wurden Sie operiert? Falls ja, welche Operation war es und wann fand diese statt? Dazu zählen auch ambulante Operationen.

d) Wurde Ihnen eine Operation empfohlen oder stehen noch Behandlungsmaßnahmen bzw. Kontrollen bevor? (z. B. Bestrahlungen, etc.)
Falls ja, welche?

e) Wurden Bilddokumentationen / bildgebende Diagnostiken, Blutuntersuchungen durchgeführt? Falls ja, Befund bitte beifügen.

f) Nehmen Sie alternative Heilbehandlungsmethoden in Anspruch oder ziehen Sie es in Betracht? Falls ja, welche Methoden betrifft dies?

Nein☐

Ja☐

Nein☐

Ja☐

Frage 5:

a) Erhalten / Erhielten Sie Medikamente?
Falls ja, welche und in welchen Zeitabständen werden / wurden diese verabreicht?

b) Nehmen Sie das Medikament weiterhin?

c) Erhalten / Erhielten Sie Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlung, Bäder?

d) Erhalten / Erhielten Sie Injektionen?

e) Erhalten / Erhielten Sie sonstige Behandlungen (z. B. Psychotherapie, Spiegelungen etc.)?
Bitte Befund beifügen.

Nein☐

Ja☐

Nein☐

Ja☐

Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten?

Nein☐

Ja☐

Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten?

Nein☐

Ja☐

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Stoffwechselerkrankungen

Frage 6:	a) Sind Sie jetzt beschwerdefrei?	Nein ☐ Ja ☐	Falls ja, seit wann?	
	b) Welche Beschwerden bestehen weiterhin?			
Frage 7:	a) Weswegen waren Sie zum letzten Mal beim Arzt / Heilpraktiker (med. Diagnose) und wann war dies?			
	b) Was wurde festgestellt (med. Diagnose)?			
	c) Bitte geben Sie Name und Anschrift des Behandlers an.			

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.		
Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person