

Zusatzerklärung AN – Analerkrankung, Hämorrhoiden

Antrags-Nr. Versicherungs-Nr.

Name/Vorname Geburtsdatum

Ergänzende Gesundheitsfragen zu: Erkrankung

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (Diagnose)?

- Hämorrhoiden Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4
 Perianalthrombose
 Analfistel
 Analfissur
 Analekzem
 Analabszess
 Sonstige

2. Welche Ursache ist Ihnen bekannt?

- chronische Verstopfung Schwangerschaft / Geburt
 Übergewicht andauernde Irritation durch Nässen oder Stuhlinkontinenz
 Allergie überwiegend sitzende oder stehende Tätigkeit
 Pilzinfektion chronische Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
 bakterielle Infektion anhaltende / chronische Durchfälle
 Blutgerinnsel
 Bindegewebsschwäche
 Sonstiges

3. Art der Beschwerden:

- Druckgefühl Durchfall Nässen
 Schleimabsonderung jucken / stechen / brennen Schmerzen
 Entzündung Rötung / Schwellung Bläschen / Erosionen
 Fieber / Schüttelfrost
 Blut im Stuhl
 Fieber
 Sonstiges

4. Wie ist der Krankheitsverlauf?

- periodisch / in Schüben
 akut
 chronisch / ständig
 Sonstiges

5. Behandlungen ambulant:

- Nein
 Ja von: bis:

Behandler (Name, Anschrift, Fachrichtung)

Art der Behandlung:

- Medikamente:
 Salben Zäpfchen Schmerzmittel
 Betäubungsmittel Abführmittel Antihistaminika
 Antibiotika
 Sonstiges

Name des Medikaments

Tagesdosis

Behandlungen:

- Sitzbäder / Umschläge Ernährungsumstellung Verödung
 Gummibandligatur Infrarotbehandlung Punktion
 Spaltung
 chirurgische Entfernung
 Sonstige

Zusatzerklärung AN – Analerkrankung, Hämorrhoiden

Antrags-Nr. Versicherungs-Nr.

Name/Vorname Geburtsdatum

Untersuchungen:

Proktoskopie

Rektoskopie

Tastuntersuchung des Enddarms

Koloskopie

Sonstiges

Ergebnis (bitte Befund beifügen)

Heilmittelanwendungen

Art des Heilmittels

Anwendungshäufigkeit

Hilfsmittelverordnungen

Art des Hilfsmittel

Sonstiges

Ist die Behandlung (incl. Medikamenteneinnahme, Heilmittelanwendung usw.) abgeschlossen?

Nein

Was erfolgt noch bzw. ist noch vorgesehen/angeraten (z. B. Kontrollen)?

Ja

6. Wurden Sie stationär behandelt?

Nein

Ja

von:

bis

Wurden Sie operiert?

Nein

Ja

Datum der Operation:

Art der Operation:

Ist eine stationäre Behandlung/Operation angeraten?

Nein

Ja

Angeraten/vorgesehen zum:

Art der Behandlung/Operation:

7. Erfolgte eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung?

Nein

Ja

Datum der Behandlung:

Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung:

Ist eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung angeraten/vorgesehen?

Nein

Ja

Angeraten/vorgesehen zum:

Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung:

8. Haben Sie noch Beschwerden bzw. bestehen noch Folgen der Erkrankung?

Nein

Seit wann sind Sie beschwerde- bzw. folgenfrei?

Ja

Welche Beschwerden/Folgen bestehen noch?

9. Waren Sie in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig?

Nein

Ja

von:

bis

Erkrankung:

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben meinen Versicherungsschutz gefährden.

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Personen über 16 Jahre
bzw. des gesetzlichen Vertreters