

## Zusatzklärung Leber / Gallenwege / Gallenblase

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)																					
Geburtsdatum: _____	Beruf: _____																					
<b>Erläuterungen</b>	<p><b>Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmemeitscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!</b></p> <p>Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie <b>uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben</b>, auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.</p> <p>In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. <b>Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.</b></p>																					
<b>Art der Leber-erkrankung</b>	<p>An welchen Erkrankungen der Leber, Gallenwege oder -blase leiden oder litten Sie?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fettleber (steatosis hepatis)</td> <td><input type="checkbox"/> erhöhte Leberwerte</td> <td><input type="checkbox"/> Leberinsuffizienz</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leberparenchymschaden</td> <td><input type="checkbox"/> Leberfibrose</td> <td><input type="checkbox"/> Leberzirrhose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lebervergrößerung</td> <td><input type="checkbox"/> Leberzyste</td> <td><input type="checkbox"/> Lebertumor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leberentzündung (Hepatitis):</td> <td><input type="checkbox"/> Typ A</td> <td><input type="checkbox"/> Typ B</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> infektiöse Hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> chronische Hepatitis</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> toxische Hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> Autoimmunhepatitis</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> cholestatische Hepatitis (Gallestauung)</td> <td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> Gelbsucht</div> <div><input type="checkbox"/> Typ C</div> <div><input type="checkbox"/> Sonstige</div> </div> <p>Welche nicht genannte Erkrankung der Leber? _____</p>	<input type="checkbox"/> Fettleber (steatosis hepatis)	<input type="checkbox"/> erhöhte Leberwerte	<input type="checkbox"/> Leberinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Leberparenchymschaden	<input type="checkbox"/> Leberfibrose	<input type="checkbox"/> Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> Lebervergrößerung	<input type="checkbox"/> Leberzyste	<input type="checkbox"/> Lebertumor	<input type="checkbox"/> Leberentzündung (Hepatitis):	<input type="checkbox"/> Typ A	<input type="checkbox"/> Typ B		<input type="checkbox"/> infektiöse Hepatitis	<input type="checkbox"/> chronische Hepatitis		<input type="checkbox"/> toxische Hepatitis	<input type="checkbox"/> Autoimmunhepatitis		<input type="checkbox"/> cholestatische Hepatitis (Gallestauung)	
<input type="checkbox"/> Fettleber (steatosis hepatis)	<input type="checkbox"/> erhöhte Leberwerte	<input type="checkbox"/> Leberinsuffizienz																				
<input type="checkbox"/> Leberparenchymschaden	<input type="checkbox"/> Leberfibrose	<input type="checkbox"/> Leberzirrhose																				
<input type="checkbox"/> Lebervergrößerung	<input type="checkbox"/> Leberzyste	<input type="checkbox"/> Lebertumor																				
<input type="checkbox"/> Leberentzündung (Hepatitis):	<input type="checkbox"/> Typ A	<input type="checkbox"/> Typ B																				
	<input type="checkbox"/> infektiöse Hepatitis	<input type="checkbox"/> chronische Hepatitis																				
	<input type="checkbox"/> toxische Hepatitis	<input type="checkbox"/> Autoimmunhepatitis																				
	<input type="checkbox"/> cholestatische Hepatitis (Gallestauung)																					
<b>Art der Gallen-erkrankung</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gallengangsentzündung</td> <td><input type="checkbox"/> Gallenkolik</td> <td><input type="checkbox"/> Tumoren der Gallenwege</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gallenblasenentzündung</td> <td><input type="checkbox"/> Gallensteine</td> <td><input type="checkbox"/> Tumoren der Gallenblase</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gallenblasenhydrops</td> <td><input type="checkbox"/> Gallenblasenemphysem</td> <td><input type="checkbox"/> Gallenblasenperforation</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Welche nicht genannte Erkrankung der Gallenwege, -blase? _____</p>	<input type="checkbox"/> Gallengangsentzündung	<input type="checkbox"/> Gallenkolik	<input type="checkbox"/> Tumoren der Gallenwege	<input type="checkbox"/> Gallenblasenentzündung	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Tumoren der Gallenblase	<input type="checkbox"/> Gallenblasenhydrops	<input type="checkbox"/> Gallenblasenemphysem	<input type="checkbox"/> Gallenblasenperforation												
<input type="checkbox"/> Gallengangsentzündung	<input type="checkbox"/> Gallenkolik	<input type="checkbox"/> Tumoren der Gallenwege																				
<input type="checkbox"/> Gallenblasenentzündung	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Tumoren der Gallenblase																				
<input type="checkbox"/> Gallenblasenhydrops	<input type="checkbox"/> Gallenblasenemphysem	<input type="checkbox"/> Gallenblasenperforation																				
<b>Rhythmus</b>	<p>In welchem Rhythmus traten diese Erkrankungen bislang auf?</p> <p><input type="checkbox"/> einmalig von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> wiederholt: wie oft? _____ mal wie lange durchschnittlich? _____ Wochen</p> <p style="margin-left: 40px;">wann erstmalig? _____ (Monat/Jahr) wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> dauernd von _____ (Monat/Jahr) bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p>(Bei mehreren oder mehrmaligen Erkrankungen bitte entsprechend zuordnen) _____</p>																					
<b>Ärzte</b>	<p>Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren von wann bis wann behandelt (Name und Anschrift)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Welche Grundleiden/Erkrankungsursachen wurden ärztlicherseits festgestellt? _____</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> keine festgestellt</p>																					
<b>Behandlung</b>	<p>Wie wurden die Erkrankungen/Beschwerden behandelt?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> keine Behandlung erfolgt</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sie halten eine angeratene Diät ein?</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ärztlicherseits angeratener Verzicht auf Alkohol wird eingehalten</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> mit Medikamenten</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben _____</p> <p>Die Einnahme erfolgt(e)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> derzeit noch immer:</td> <td><input type="checkbox"/> regelmäßig</td> <td><input type="checkbox"/> nur bei Bedarf</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht mehr seit _____</td> <td></td> <td>(Monat/Jahr)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> keine Behandlung erfolgt			<input type="checkbox"/> Sie halten eine angeratene Diät ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ärztlicherseits angeratener Verzicht auf Alkohol wird eingehalten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Medikamenten			<input type="checkbox"/> derzeit noch immer:	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> nur bei Bedarf	<input type="checkbox"/> nicht mehr seit _____		(Monat/Jahr)			
<input type="checkbox"/> keine Behandlung erfolgt																						
<input type="checkbox"/> Sie halten eine angeratene Diät ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																				
<input type="checkbox"/> ärztlicherseits angeratener Verzicht auf Alkohol wird eingehalten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																				
<input type="checkbox"/> mit Medikamenten																						
<input type="checkbox"/> derzeit noch immer:	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> nur bei Bedarf																				
<input type="checkbox"/> nicht mehr seit _____		(Monat/Jahr)																				

## Zusatzklärung Leber / Gallenwege / Gallenblase

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

Antragsnummer: \_\_\_\_\_  
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Seite 2 von 3

Welche Operationen/minimalinvasiven Eingriffe (zu therapeutischen Zwecken) wurden in den letzten 10 Jahren durchgeführt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  ambulant  stationär

Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? \_\_\_\_\_

Welche Organe oder welches Gewebe wurde(n) dabei entfernt? \_\_\_\_\_

Der Gewebefund (Histologie) war  gutartig  bösartig  
(Bitte Kopie des Befundes mitschicken)

Die TNM-Einstufung lautete \_\_\_\_\_

Welche Operationen sind geplant/ärztlicherseits angeraten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  ambulant  stationär

Wurde in den letzten 10 Jahren eine Leberpunktion durchgeführt?

nein  ja, wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Gewebefund (Histologie):  gutartig  bösartig  
(Bitte Kopie des Befundes mitschicken)

Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? \_\_\_\_\_

Wurde in den letzten 10 Jahren eine Lebertransplantation durchgeführt?

nein  ja, wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? \_\_\_\_\_

Gallensteinzertrümmerung (ESWL) wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

sonstige Behandlung \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Die Symptome haben sich  verbessert  verschlechtert  sind gleich geblieben

Wurde Chemo- oder Strahlentherapie durchgeführt?

nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Waren Krankenhaus-, Sanatoriums- oder Kuraufenthalte erforderlich?

nein  ja, wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

In welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? \_\_\_\_\_

Wurden Sie als geheilt aus der Behandlung entlassen?  nein  ja

Welche Folgen/Beschwerdesymptome bestehen derzeit noch? \_\_\_\_\_

Welcher Arzt behandelt/kontrolliert Sie deshalb derzeit noch? \_\_\_\_\_

Ergebnis der letzten Laboruntersuchung, wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Leberwerte: GGT \_\_\_\_\_ U/l GPT(ALT) \_\_\_\_\_ U/l GOT (ASAT) \_\_\_\_\_ U/l AP \_\_\_\_\_ U/l

Bilirubin \_\_\_\_\_ mg/dl  MCV \_\_\_\_\_ fl  CHE \_\_\_\_\_ U/l  Albumin \_\_\_\_\_ g/dl  Quick \_\_\_\_\_ U/l

Ferritin \_\_\_\_\_ µg/l  Transferinsättigung \_\_\_\_\_%

Hepatitis-Serologie \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) Ergebnis \_\_\_\_\_

## Zusatzklärung Leber / Gallenwege / Gallenblase

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 3 von 3

Wann wurden zuletzt folgende Untersuchungen vorgenommen

Sonographie (Abdomen) \_\_\_\_\_  MRT \_\_\_\_\_  Computertomographie \_\_\_\_\_

Röntgen mit Kontrastmitteln (ERCP) \_\_\_\_\_

Bei welchem Arzt können die zuletzt erhobenen Laborwerte und Untersuchungsbefunde angefordert werden (Name und Anschrift)?

\_\_\_\_\_

**Weitere Fragen an die zu versichernde Person**

Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen wegen Erkrankungen der Leber/Gallenwege/Gallenblase ununterbrochen arbeitsunfähig?

nein  ja, warum? \_\_\_\_\_  
wie lange? \_\_\_\_\_ Wochen wie oft \_\_\_\_\_ mal wann zuletzt \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?

nein  ja, was ist der Grund dafür? \_\_\_\_\_

Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?

nein  ja, was ist der Grund dafür? \_\_\_\_\_

Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt?  nein  ja

Planen Sie einen solchen Wechsel?  nein  ja

Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten?  nein  ja

**Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.**

**Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach!**

**Bitte immer beantworten:**  
Folgen noch weitere Angaben?

ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt \_\_\_\_\_ Seiten

ja, es folgen noch weitere Angaben

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der zu versichernden Person

**Belehrung**

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

**Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?**  
Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

**Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?**  
Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.