

# Fragebogen: Magen- und Darmerkrankungen

## 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

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

### 1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

Magen:

Sodbrennen/Reflux

Reizmagen

Magenschleimhautentzündung (Gastritis)

Magentumor

Magenblutungen

Zwölffingerdarmgeschwür (Ulcus duodeni)

Speiseröhrenentzündung/Refluxösophagitis | Grad (1 - 5 ):

Sonstige:

Darm:

Morbus Crohn

Colitis Ulcerosa

Reizdarm

Divertikulitis

Darmpolypen

Darmgeschwür

Hämorrhoiden | Grad (1 - 4 ):

Darmverschluss

Sonstige:

Intoleranzen/Unverträglichkeiten:

Fructose (Fructose)

Milchzucker (Lactose)

Gluten (Zöliakie)

Histamin

Sonstige:

### 2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?

Magenschmerzen

Übelkeit/Erbrechen

Sodbrennen

Bauchschmerzen

Krämpfe

Blähungen

Appetitlosigkeit

Gewichtsverlust

Butt im Stuhl

Völlegefühl

Schwindel

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Durchfälle

Verstopfung

Kloßgefühl im Hals

Sonstige:

### 3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

einmalig wiederholt | in welchen Abständen (Datum)?

andauernd

Wann erstmals?

Wann zuletzt?

### 2. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden?

Unbekannt

(Mangel-)Ernährung

Zwerchfellbruch (Hiatushernie)

Stress/Nervosität

Infektion

Varizen der Speiseröhre

Helicobacter Pylori (Bakterium)

Unverträglichkeit

Genussgifte (Nikotin, Alkohol, Kaffee) | Was? Menge pro Tag:

Sonstige:

### 5. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

Keine

Medikamente:

In welcher Dosierung?

täglich

bedarfsweise

von:  bis:

Ernährungsumstellung

Andere Therapien:

von:  bis:  mit Erfolg ohne Erfolg

B

## 6. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankungen durchgeführt bzw. sind geplant?

Keine  
Ultraschall des Bauches  
H2-Atemtest

Magenspiegelung  
Darmspiegelung  
Blutuntersuchung

Wann? In welchen Abständen?

Mit welchem Ergebnis?      kein krankhafter Befund      krankhafter Befund:

(Bitte Befund/Histologie beifügen)

## 7. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren geändert?

Ja | haben Sie zu oder abgenommen? Wie viel kg in welchem Zeitraum?

Nein

## 8. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:

Name:

Anschrift:

Anschrift:

Behandlungszeitraum | von:  bis:

Behandlungszeitraum | von:  bis:

## 9. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja | wann:

Welche?

Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

Wurde Ihnen ein Organ oder Gewebe entfernt?

Ja | welches?

Nein

Ergebnis des Gewebefindes?

gutartig

bösartig | TNM - Einstufung

(Bei Bösartigkeit bitte Befund/Histologie und letzten Nachsorgebefund beifügen)

## 10. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann:

Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

## 11. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben?

Ja | welche?

Nein

## 12. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studienunfähig gewesen?

Ja | von:  bis:

Ja | von:  bis:

Nein

## 13. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

## 14. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person