



Selbstauskunft Leber/Galle/Bauchspeicheldrüse

Name, Vorname		Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers			
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Ort	
Behandelt wegen			
1. Wie wurde die Erkrankung vom Arzt benannt?	Entzündung der Leber <input type="checkbox"/> " des Gallengang <input type="checkbox"/> " der Gallenblase <input type="checkbox"/> " der Bauchspeicheldrüse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fettleber <input type="checkbox"/> Leberzirrhose <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Krebs/Karzinom <input type="checkbox"/> Gallensteinerkrankung <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> Sonstiges - ja, und zwar
2. Art der Beschwerden	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Koliken	<input type="checkbox"/> Gewichtsveränderung <input type="checkbox"/> krampfartige Schmerzen <input type="checkbox"/> Leberschwellung <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Druckgefühl
3. Was ist die Ursache der Erkrankung	Genussgifte Kaffee <input type="checkbox"/> " Zigaretten <input type="checkbox"/> " Alkohol <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gallensteine <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nervosität <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar	<input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Überarbeitung <input type="checkbox"/> Virusinfektion
4. Wann trat/traten die Erkrankung/ Beschwerden erst- und letztmalig auf?	erstmalig <input type="text"/> letztmals <input type="text"/>		
5. Welche Untersuchungen/ Behandlungen wurden durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Labor <input type="checkbox"/> Punktion <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar	<input type="checkbox"/> Gallenblasenentfernung <input type="checkbox"/> Hepatitis-Serologie <input type="checkbox"/> Steinentfernung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Bitte im grauen Kästchen Behandlungszeiträume vermerken			
6. Medikamentöse Behandlung? bitte Name, Dosierung sowie Einnahmezeitraum des Medikaments angeben			
7. Erfolgt/Erfolgte eine kontinuierliche oder bedarfsweise Behandlung bitte alle Behandlungs Zeiträume angeben	<input type="checkbox"/> kontinuierlich - Behandlungszeitraum, seit wann <input type="checkbox"/> bedarfsweise - bitte geben Sie die Behandlungszeiträume an		
8. Besteht Beschwerdefreiheit ? besteht Behandlungsfreiheit ?	<input type="checkbox"/> nein, es bestehen Folgebeschwerden, und zwar <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="text"/> <input type="text"/>
9. Ist die Erkrankung ausgeheilt?	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein, welche Behandlung ist angeraten/ geplant	<input type="text"/> <input type="text"/>	
10. Welcher Arzt kann am Besten Auskunft geben? Bitte Art des Arztes, mit Name + Anschrift			
Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)		