



Selbstauskunft Magen/Darm/Speiseröhre

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?	<input type="checkbox"/> Refluxösophagitis/Sodbrennen <input type="checkbox"/> Reizmagen/Reizdarm <input type="checkbox"/> Magengeschwür/Darmgeschwür <input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	<input type="checkbox"/> Divertikel <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa <input type="checkbox"/> Hiatushernie <input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn
2. Ist Ihnen die Ursache bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
3. Welche Beschwerden treten bzw. traten auf?			
4. Seit wann besteht die angegebene Erkrankung?			
5. In welchen Zeiträumen bestanden in den letzten drei Jahren Beschwerden?	von	von	von
	bis	bis	bis
6. Um welche Art der Erkrankung handelt es sich ?	<input type="checkbox"/> akute Form <input type="checkbox"/> chronische Form		
7. Ist eine Magen-/Darmspiegelung durchgeführt worden ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Befundbericht beilegen)		
8. Wurde eine Magen-/Darmspiegelung angeraten ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		
9. Welche Medikamente werden bzw. wurden eingenommen ?	a) Name		
	b) Dosierung		
	c) Zeitraum/Dauer der Einnahme		
10. Besteht: Beschwerdefreiheit ?	<input type="checkbox"/> nein, es bestehen Folgebeschwerden, und zwar <input type="checkbox"/> ja, seit		
Behandlungsfreiheit ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit		
11. Bei welchen Ärzten, Heilpraktikern oder Osteopathen wurden Sie behandelt ? (bitte Name und Anschrift angeben)			
Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)		