

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Folgen von Erkrankungen und Unfällen (10.1)

1. Welche Behinderungen (auch angeborene), Erkrankungen oder Unfälle haben Folgen hinterlassen (z.B. Belastungsminderung, Bewegungseinschränkung, Schmerzen, Verlust oder Funktionseinschränkungen im Bereich der inneren Organe, der Sinnesorgane, der Wirbelsäule, des Kopfes oder der Arme oder Beine)?

Bitte Befunden beifügen, falls vorhanden.

1. _____
2. _____
3. _____

2. Haben Sie diesbezüglich bereits Angaben gemacht?

Zu Angabe 1: nein ja

Zu Angabe 2: nein ja

Zu Angabe 3: nein ja

Falls Sie zu einer Angabe noch keine Ausführungen gemacht haben, beantworten Sie bitte diesbezüglich die weiteren Fragen.

3. a) Falls ein Unfall die Ursache ist:

Wann war der Zeitpunkt des Unfalls?

Datum: ...

- b) Welche Verletzungen zogen Sie sich beim Unfall zu und welches Körperteil / welche Körperteile waren betroffen?

rechts links beidseitig

4. Welche Beschwerden sind **in den letzten 5 Jahren** in diesem Zusammenhang aufgetreten?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

Wann erstmals? |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

Wann zuletzt? |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

5. Gab es Auslöser für die Beschwerden?

nein ja

Falls ja, welche?

6. Haben Sie aufgrund der Beschwerden/ Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (**Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und die erste Behandlung dort, auch wenn außerhalb dieses Zeitraums. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler.**)

nein ja

1) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

erstmals aufgesucht am: |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

zuletzt aufgesucht am: |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

erstmals aufgesucht am: |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

zuletzt aufgesucht am: |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

7. Wie werden oder wurden die Beschwerden/ Erkrankungen **in den letzten 5 Jahren** behandelt?

keine Behandlung

medikamentös

Medikamentenname: _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

weitere Medikamente

Medikamentenname: _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

andere Therapien

Welche? _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

andere Therapien

welche? _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

8. Haben die Folgen der Erkrankungen/ Unfälle/ Körperschäden zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?

nein ja

Falls ja, zu welchen?

9. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?

nein ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

10. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

