

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

\_\_\_\_\_  
Postfach 1660  
61406 Oberursel

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Versicherungs-Nr.:** \_\_\_\_\_  
Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Fragebogen zu anerkannten Einschränkungen (10.2)

1. Welche/r Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE], Grad der Schädigungsfolgen [GdS] oder Wehrdienstbeschädigung [WDB] wurde anerkannt?

**Bescheid mit Diagnose bitte beifügen.**

Grad der Behinderung [GdB]: \_\_\_\_\_

Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE]: \_\_\_\_\_

Grad der Schädigungsfolgen [GdS]: \_\_\_\_\_

Wehrdienstbeschädigung [WDB]: \_\_\_\_\_

2. Welche Beschwerden/ Erkrankungen haben zu der Anerkennung geführt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Haben Sie diesbezüglich bereits Angaben gemacht?

Zu Grund 1 der Anerkennung:  nein  ja

Zu Grund 2 der Anerkennung:  nein  ja

Zu Grund 3 der Anerkennung:  nein  ja

**Falls Sie zu einem Grund der Anerkennung noch keine Angaben gemacht haben, beantworten Sie bitte diesbezüglich die weiteren Fragen.**

4. a) Falls ein Unfall die Ursache ist:

Wann war der Zeitpunkt des Unfalls? |\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

rechts       links       beidseitig

*(Befunde bitte beifügen, falls vorhanden)*

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

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

---

---

---

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

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

6. Gab es Auslöser für die Beschwerden?

nein       ja

Falls ja, welche?

---

---

---

7. 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:

---

---

---

erstmalig aufgesucht am: |\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

---

---

---

erstmalig aufgesucht am: |\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

8. 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? \_\_\_\_\_

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

nein  ja

Falls ja, zu welchen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

nein  ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. 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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

x