

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.

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