

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660  
61406 Oberursel

---

---

---

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

### Fragebogen zu Erkrankungen der Atmungsorgane (1.1)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhlen-erkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren?**

---

---

---

---

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Atemnotanfälle, ständige Kurzatmigkeit, Husten auch außerhalb von Erkältungen, häufige Atemwegsinfektionen, blutiger Auswurf, Minderung der körperlichen Belastbarkeit, Heiserkeit, Stimmstörungen, Schluckstörungen, Schmerzen, eitriger Ausfluss)?  nein  ja

Falls ja, wann erstmals? ..... Wann zuletzt? .....

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

---

---

---

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bei der Arbeit               | <input type="checkbox"/> ganzjährig |
| <input type="checkbox"/> bei Pollenkontakt            | <input type="checkbox"/> saisonal   |
| <input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung | <input type="checkbox"/> sonstiges  |

4. Sind die Beschwerden

- angeboren?
- Folge einer anderen Erkrankung? Welcher? \_\_\_\_\_
- unfallbedingt?
- sonstiger Ursache? Welcher? \_\_\_\_\_

5. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? *(Bitte alle Behandler der letzten 3 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: ..

6. Wurden **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen, Untersuchungen auf Krankheitserreger, Abstriche) oder Allergietests durchgeführt?

nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann? ..

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

7. Wurde **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen eine Lungenfunktionsuntersuchung, eine Blutgasanalyse, eine Schlaflaboruntersuchung, eine Spiegelung oder endoskopische Untersuchung des Kehlkopfs, der Nasennebenhöhlen oder des Nasen-Rachenraums durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

8. Wie werden oder wurden die Beschwerden/Erkrankungen **in den letzten 3 Jahren** behandelt?

keine Behandlung

Antihistaminika

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von:           bis:

ganzjährig  saisonal  bei Bedarf

wie oft pro Monat? \_\_\_\_\_

Dosieraerosol (Lungenspray)

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von:           bis:

ganzjährig  saisonal  bei Bedarf

wie oft pro Monat? \_\_\_\_\_

2. Dosieraerosol

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von:           bis:

ganzjährig  saisonal  bei Bedarf

wie oft pro Monat? \_\_\_\_\_

Nasenspray

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von:           bis:

ganzjährig  saisonal  bei Bedarf

wie oft pro Monat? \_\_\_\_\_

Kortisontabletten

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von:           bis:

ganzjährig  saisonal  bei Bedarf

wie oft pro Monat? \_\_\_\_\_

(Fortsetzung Frage 8 auf der nachfolgenden Seite)

(Fortsetzung Frage 8)

weitere Medikamente

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Desensibilisierung

Gegen welche Allergen? \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

erfolgreich? \_\_\_\_\_

Atemgymnastik

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

Sauerstofftherapie

seit wann? |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

nächtliche Maskenbeatmung

seit wann? |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

regelmäßig bis heute?  ja  nein

Falls nein, Abbruchgrund: \_\_\_\_\_

andere Therapien

Welche? \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

9. Hat sich Ihr Körpergewicht **in den letzten 3 Jahren** geändert?

nein  ja

Falls ja, haben Sie zugenommen oder abgenommen?

\_\_\_\_\_

Wie viele kg in welchem Zeitraum?

\_\_\_\_\_

10. Sind **in den letzten 5 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen akut  
behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten (z.B. akute Krankenhaus-  
einweisung, Notarztbehandlung)?

nein  ja

Falls ja, welche Komplikationen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann? |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

11. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerde n/ Erkrankungen arbeitsunfähig?  nein  ja

Falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

12. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT], Szintigraphie/ nuklear-medizinische Untersuchungen oder Ultraschalluntersuchungen) wegen der Beschwerden/ Erkrankungen durchgeführt?

**Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

13. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen oder Bronchoskopien (Lungenspiegelungen) durchgeführt worden oder vorgesehen?

**Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

14. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus/ stationäre Rehabilitationsmaßnahmen/ Kuren notwendig?

**Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann?

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

---

---

---

15. Sind aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

In welchen Abständen?

---

---

---

Wann zuletzt?

16. Gibt es Stoffe, auf die Sie allergisch reagieren (z.B. Schimmelsporen, Pollen, Nahrungsmittel, Chemikalien, bestimmte Arbeitsmittel)? **Allergiepass bitte in Kopie beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

17. Sind Folgen der Erkrankungen/ Unfälle/ Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Belastungseinschränkungen, Infektanfälligkeit, häufige Luftnot, Entfernung eines Teils der Lunge oder des Kehlkopfs, Stimm- oder Schluckstörungen, Druckausgleichsstörungen, Tagesmüdigkeit)?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

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

Falls ja, zu welchen?

---

---

---

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

Falls ja, empfohlene Tätigkeit?

---

---

---

20. Sind bei Ihrer beruflichen Tätigkeit Maßnahmen zum Atemschutz (z.B. Atemschutzmasken, Partikelfilter, Pressluftatmer) notwendig?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

21. Sind Sie in Ihrem Beruf körperlich tätig?  nein  ja

Falls ja, bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige Tätigkeit und einen typischen Arbeitstag:

---

---

---

---

---

22. Sind Sie bei Ihrer Arbeit häufigen Witterungs- oder Temperatureinwirkungen, Stäuben, Mehlen, Tierharen, Gasen oder Chemikalien ausgesetzt?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

23. Sind vergleichbare Erkrankungen der Atmungsorgane bei Verwandten 1. oder 2. Grades aufgetreten? (Bitte nur Art und Anzahl der Erkrankung nennen, nicht die betroffenen Personen.)  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

In welchem Alter jeweils?

---

---

---

24. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?  nein  ja

Falls ja, was?

---

Wie viel pro Tag?

---

Seit wann?

□□□.□□□.□□□□□

Bei Exrauchern: bis wann?

□□□.□□□.□□□□□

25. 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