

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____
Zu versichernde Person: _____
Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Erkrankungen der Ohren (1.7)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus]) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Entzündungen, Schmerzen, eitriger Ausfluss, Ohrgeräusche [Tinnitus], Schwindel, andere Gleichgewichtsstörungen)? nein ja

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

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden bekannt / aufgefallen? nein ja

Falls ja, welche?

Stand 04.2020

4. Bestehen oder bestanden die Beschwerden / Erkrankungen

- beidseitig?
- nur links?
- nur rechts?
- nicht genau zu lokalisieren?

5. Bestehen oder bestanden die Beschwerden / Erkrankungen

- einmalig? Wann? |_|_|_|.|_|_|_|.|_|_|_|_|_|_|
- mehrfach auftretend? Wie oft? _____
- saisonal? Wann? _____
- ganzjährig?

6. Sind die Beschwerden / Erkrankungen

- angeboren?
- Folge einer anderen Erkrankung? Welcher? _____
- unfallbedingt?
- sonstiger Ursache? Welcher? _____

7. 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: |_|_|_|.|_|_|_|.|_|_|_|_|_|_|

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

Salben / Cremes

Medikamentenname: _____

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

wie oft täglich? _____

Bestrahlung

Medikamentenname: _____

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

wie oft wöchentlich? _____

andere Therapien

Welche? _____

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

wie oft wöchentlich? _____

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

nein ja

Falls ja, welche Komplikationen?

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

10. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen arbeitsunfähig? nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

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

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

11. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine Spiegelung der Ohren durchgeführt oder der Gleichgewichtssinn oder das Hörvermögen (z.B. Audiogramm / Hörmesskurve) untersucht?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

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

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

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche?

Wann zuletzt?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses:

13. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Krankenhauses / des Krankenhauses:

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 zuletzt?

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. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Hörstörungen,
Tinnitus [Ohrgeräusche], Schmerzen, Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen, Druck-
ausgleichsstörungen, Infektanfälligkeit)?

nein ja

Falls ja, welche?

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

nein ja

Falls ja, zu welchen?

18. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Hörgeräte, Tinnitus Noiser oder ein Cochleaimplantat? nein ja

Falls ja, welche?

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. Bestehen in Ihrem Beruf besondere Anforderungen an das Hörvermögen und / oder das Sprachverständnis? nein ja

Falls ja, welche?

21. Sind bei Ihrer Tätigkeit Arbeiten in großer Höhe oder mit Absturzgefahr nötig? nein ja

Falls ja, welche?

22. 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