

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

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

Fragebogen zu gutartigen Tumoren (1.14)

1. Welche gutartigen Tumore bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren?**

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Schmerzen, Funktionseinschränkungen, Gefühlsstörungen, Lähmungen)?

nein ja

Falls ja, wann erstmals? |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

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

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Welche Körperteile / Organe sind betroffen?

Stand 04.2020

4. Sind die Beschwerden / Erkrankungen

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 krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen, Hormonuntersuchungen) festgestellt? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann? ..

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

7. 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? _____

andere Therapien

Welche? _____

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

wie oft wöchentlich? _____

8. 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? |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

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

Falls ja, wie oft? _____ mal

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

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

10. Erfolgten **in den letzten 5 Jahren** Gewebentnahmen (Biopsien) wegen der Beschwerden / Erkrankungen? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

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

11. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Mammografie, Kernspintomographie [MRT], 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:

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

nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

Wo? Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses:

13. 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:

14. Sind aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen
notwendig?

nein ja

Falls ja, welche?

In welchen Abständen?

Wann zuletzt?

15. Sind Folgen der Erkrankungen/ Unfälle/ Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Schmerzen,
Bewegungseinschränkungen, Einschränkung einer Organfunktion, Gefühlsstörungen)?

nein ja

Falls ja, welche?

16. Wie viele gutartige Tumore bestehen insgesamt zurzeit?

- keiner mehr
 ein Tumor
 zwei bis fünf Tumore
 weniger als zehn Tumore
 mehr als zehn Tumore

17. Falls die gutartigen Tumore nicht vollständig entfernt wurden: Haben sich die Tumore im Verlauf vergrößert? nein ja

Falls ja, bitte nähere Angaben zum Verlauf:

18. Haben die Folgen der Erkrankungen 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. 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)

