

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

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

Fragebogen zu Alkoholkonsum (5)

1. Wie häufig nehmen oder nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** regelmäßig Alkohol zu sich (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres)?

Art _____
von: [][]|[][]|[][][][] bis: [][]|[][]|[][][][]
wie oft, in welcher Menge? _____

Art _____
von: [][]|[][]|[][][][] bis: [][]|[][]|[][][][]
wie oft, in welcher Menge? _____

Art _____
von: [][]|[][]|[][][][] bis: [][]|[][]|[][][][]
wie oft, in welcher Menge? _____

2. Sind Ihnen Auslöser für den Alkoholkonsum bekannt / aufgefallen? nein ja

Falls ja, welche?

Stand 04.2020

6. Sind **in den letzten 5 Jahren** aufgrund des Alkoholkonsums akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten (z.B. akute Krankenhauseinweisung, Notarztbehandlung)? nein ja

Falls ja, welche Komplikationen?

Wann?

7. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen des Alkoholkonsums arbeitsunfähig? nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von:

bis:

von:

bis:

8. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund des Alkoholkonsums / der Beschwerden Behandlungen in einem Krankenhaus/ Entgiftungsbehandlungen / Entwöhnungsbehandlungen / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen/ Kuren notwendig? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche?

Wann zuletzt?

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

9. Sind Folgen des Alkoholkonsums zurückgeblieben? nein ja

Falls ja, welche?

10. Haben die Folgen des Alkoholkonsums zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt? nein ja

Falls ja, zu welchen?

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

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

12. Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen psychischen Belastungen oder Stress ausgesetzt oder besteht beruflich Kontakt mit Alkohol? nein ja

Falls ja, bitte beschreiben Sie die näheren Umstände:

13. Müssen Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit ein Fahrzeug führen? nein ja

Falls ja, wie oft?

Was für ein Fahrzeug?

14. Ist Ihre Fahrerlaubnis eingeschränkt oder in der Vergangenheit eingeschränkt gewesen? nein ja

Falls ja, wann?

□□□□.□□□□.□□□□□□

Wann zuletzt?

□□□□.□□□□.□□□□□□

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

Falls ja, was?

Wie viel pro Tag?

Seit wann?

□□□□.□□□□.□□□□□□

Bei Extrauchern: Bis wann?

□□□□.□□□□.□□□□□□

16. Welcher Arzt ist am besten über den Alkoholkonsum 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)