

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

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

Fragebogen zu Arbeitsunfähigkeit (6)

1. Wegen welchen Erkrankungen waren Sie **in den letzten 5 Jahren** mehr als **3 Wochen** ununterbrochen arbeitsunfähig?

1. Art der Erkrankung _____

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

2. Art der Erkrankung _____

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

3. Art der Erkrankung _____

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

2. Haben Sie diesbezüglich bereits Angaben gemacht?

Zu Erkrankung 1: nein ja

Zu Erkrankung 2: nein ja

Zu Erkrankung 3: nein ja

Stand 04.2020

3. Sind **in den letzten 5 Jahren** Beschwerden im Zusammenhang mit der Erkrankung aufgetreten? nein ja

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

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

4. Gab es Auslöser für die Beschwerden? nein ja

Falls ja, welche?

5. Sind die Beschwerden / Erkrankungen

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

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

7. Wurden **in den letzten 5 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen, Untersuchungen auf Krankheitserreger, Abstriche) 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 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. Sind **in den letzten 5 Jahren** aufgrund der Beschwerden / der Erkrankungen akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten (z.B. akute Krankenhauseinweisung, Notarztbehandlung)? nein ja

Falls ja, welche Komplikationen?

Wann? ...

10. 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?

nein ja

Befunde bitte beifügen!

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

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

11. Wurden **in den letzten 5 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen andere apparative Untersuchungen 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?

Von wem? 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?

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?

nein ja

Falls ja, welche?

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

nein ja

Falls ja, zu welchen?

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

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

18. 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)

