

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

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

Fragebogen zu stationären Behandlungen (8)

1. Wegen welchen Erkrankungen wurden Sie **in den letzten 10 Jahren** stationär untersucht oder behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen) bzw. ist eine solche Untersuchung / Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 2 Jahren vorgesehen oder empfohlen?

1. Art der Erkrankung _____

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

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

Befunde bitte beifügen!

2. Art der Erkrankung _____

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

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

Befunde bitte beifügen!

(Fortsetzung der Frage auf der nachfolgenden Seite)

Stand 11.2021

(Fortsetzung der Frage 1)

3. Art der Erkrankung _____

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

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

Befunde bitte beifügen!

2. Haben Sie diesbezüglich bereits Angaben gemacht?

Zu Erkrankung 1: nein ja

Zu Erkrankung 2: nein ja

Zu Erkrankung 3: nein ja

3. Sind **in den letzten 10 Jahren** Beschwerden im Zusammenhang mit der Erkrankung aufgetreten? nein ja

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

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

Welche Beschwerden in welchen Abständen?

4. Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden bekannt / aufgefallen? 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 10 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 krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (Blutuntersuchungen, Untersuchungen auf Krankheitserreger, Abstriche) festgestellt? *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 10 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? _____

Welche? _____

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

wie oft wöchentlich? _____

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

nein ja

Falls ja, welche Komplikationen?

Wann?

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

10. Wurde **in den letzten 10 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 10 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. Sind aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig?

nein ja

Falls ja, welche?

In welchen Abständen?

Wann zuletzt?

|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

14. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben?

nein ja

Falls ja, welche?

15. Wurde bei einer Operation Fremdmaterial eingebracht (z. B. Schrauben, Platten oder künstliche Bandscheiben)? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, was?

Wann?

|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

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

16. Wurde das Fremdmaterial mittlerweile wieder entfernt oder ist eine Entfernung vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Wann?

|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

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

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

Falls ja, zu welchen?

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

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

19. 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