

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

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

Fragebogen zu HIV-Infektionen (9.1)

1. Steht lediglich bei noch nicht nachgewiesener HIV-Infektion ein Testergebnis diesbezüglich noch aus? nein ja

Falls ja, bitte das Testergebnis einreichen.

Die weiteren Fragen entfallen in diesem Fall.

2. Wann wurde die HIV-Infektion erstmals festgestellt? Datum: ...

3. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten? nein ja

Falls ja, welche?

unerklärliches Fieber oder wiederkehrend Fieberschübe

Wann erstmals? ...

unerklärlicher Gewichtsverlust

Wann erstmals? ...

unerklärliche Müdigkeit

Wann erstmals? ...

chronische Durchfälle

Wann erstmals? ...

unerklärliche Lymphknotenschwellung

Wann erstmals? ...

(Fortsetzung der Frage auf der nachfolgenden Seite)

(Fortsetzung der Frage 2)

- unerklärliche Hautausschläge

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

- andauernde oder wiederkehrende Atemwegsinfektionen

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

- andere Beschwerden: _____

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

4. 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: |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|_|

5. Wurden **in den letzten 5 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen, Anzahl der CD4-Zellen, Viruslast [HIV-RNA], Wundabstriche, Untersuchungen zur Art eines Erregers [Viren, Bakterien, Pilze, andere Krankheitserreger]) festgestellt? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

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

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

6. 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? _____

7. 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? |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

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

Falls ja, wie oft? _____ mal

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

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

9. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT], Ultraschalluntersuchungen) wegen der Beschwerden / Erkrankungen durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

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

10. Sind aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig? nein ja

Falls ja, welche?

In welchen Abständen?

Wann zuletzt?

11. Sind Folgen der Erkrankungen zurückgeblieben (z.B. Belastungseinschränkungen, Infektanfälligkeit)? nein ja

Falls ja, welche?

12. Haben die Folgen der Erkrankungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt? nein ja

Falls ja, zu welchen?

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

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

14. 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