

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660  
61406 Oberursel

---

---

---

**Versicherungs-Nr.:** \_\_\_\_\_  
Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zu anerkannten Einschränkungen

1. Welche/r Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE], Grad der Schädigungsfolgen [GdS] oder Wehrdienstbeschädigung [WDB] wurde anerkannt?

**Bescheid mit Diagnose bitte beifügen.**

Grad der Behinderung [GdB]: \_\_\_\_\_

Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE]: \_\_\_\_\_

Grad der Schädigungsfolgen [GdS]: \_\_\_\_\_

Wehrdienstbeschädigung [WDB]: \_\_\_\_\_

2. Welche Beschwerden/ Erkrankungen haben zu der Anerkennung geführt?

---

---

---

3. Haben Sie diesbezüglich bereits Angaben gemacht?

Zu Grund 1 der Anerkennung:  nein  ja

Zu Grund 2 der Anerkennung:  nein  ja

Zu Grund 3 der Anerkennung:  nein  ja

**Falls Sie zu einem Grund der Anerkennung noch keine Angaben gemacht haben, beantworten Sie bitte diesbezüglich die weiteren Fragen.**

4. a) Falls ein Unfall die Ursache ist:

Wann war der Zeitpunkt des Unfalls?       .    .

b) Welche Verletzungen zogen Sie sich beim Unfall zu und welches Körperteil / welche Körperteile waren betroffen?

rechts       links       beidseitig

**(Befunde bitte beifügen, falls vorhanden)**

5. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?

**(Bitte alle Behandlungen der letzten 5 Jahre angeben und die erste Behandlung, auch**

**wenn sich diese außerhalb dieses Zeitraums befindet. Bitte ggf. Beiblatt benutzen.)**

nein     ja

erstmals aufgesucht am:    .    .            zuletzt aufgesucht am:    .    .

erstmals aufgesucht am:    .    .            zuletzt aufgesucht am:    .    .

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? \_\_\_\_\_

Welche? \_\_\_\_\_

von:    .    .            bis:    .    .

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

7. 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)