

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Stoffwechselerkrankungen (1.5)

1. Welche Stoffwechselerkrankungen (auch Diabetes, Cholesterin, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Gelenkschmerzen, Bewusstseinsstörungen, starke Über- oder Unterzuckerung, häufiger Harndrang, ständiges Durstgefühl, Gefühlsstörungen, häufige Infektionen, offene Geschwüre im Bereich der Beine, Sehstörungen)?

nein ja

Falls ja, wann erstmals?

Wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Wurde Ihr Blutdruck **in den letzten 3 Jahren** gemessen? nein ja

Falls ja, wie hoch war er bei den letzten Messungen?

____ / ____ Wann gemessen? [][] . [][] . [][][][] ohne Medikation mit Medikation
____ / ____ Wann gemessen? [][] . [][] . [][][][] ohne Medikation mit Medikation
____ / ____ Wann gemessen? [][] . [][] . [][][][] ohne Medikation mit Medikation

4. Wurden **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (z.B. Blutzuckererhöhung, Blutfetterhöhung, Harnsäureerhöhung) festgestellt? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann? [][] . [][] . [][][][]

5. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen **in den letzten 3 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? _____

Insulingabe

Medikamentenname: _____

Einheiten morgens: _____ mittags: _____ abends: _____

weitere Insuline

Medikamentenname: _____

Einheiten morgens: _____ mittags: _____ abends: _____

andere Therapien

Welche? _____

von: [][] . [][] . [][][][] bis: [][] . [][] . [][][][]

wie oft wöchentlich? _____

6. Hat sich Ihr Körpergewicht **in den letzten 3 Jahren** geändert? nein ja

Falls ja, haben Sie zugenommen oder abgenommen?

Wie viele kg in welchem Zeitraum?

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

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

bis: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

von: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

bis: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

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

Falls ja, welche?

Wann? |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

9. Wenn Sie **nicht** an Diabetes mellitus leiden: Sind aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig? nein ja

Falls ja, welche?

In welchen Abständen?

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

10. Sind Folgen der Erkrankungen zurückgeblieben (z.B. Durchblutungsstörungen, Netzhautveränderungen, Nieren- oder Nervenfunktionsstörungen, Gelenkschäden)? nein ja

Falls ja, welche?

11. Bestehen bei Ihrer Arbeit folgende Anforderungen: Arbeiten mit Absturzgefahr oder an laufenden Maschinen und/oder Schichtarbeit und/oder Fahr-, Steuer-, bzw. Überwachungstätigkeit? nein ja

Falls ja, welche?

12. 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