

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Augenerkrankungen (1.6)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Augen (auch Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkungen, Laserbehandlung) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. unscharfes Sehen, Augenzittern, Schielen, Doppelbildwahrnehmung, Gesichtsfeldeinschränkung, Störungen des Dämmerungssehens [Nachtblindheit] oder des Farbsinns, Wahrnehmung von Lichtblitzen oder Schatten im Auge, Blendungsempfindlichkeit, Schmerzen)?

nein ja

Falls ja, wann erstmals?

Wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Bestehen oder bestanden die Augenerkrankungen oder Seheinschränkungen ein- oder beidseitig?

beidseitig

nur links

nur rechts

8. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche?

Wann zuletzt?

9. 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 zuletzt?

10. Falls ein Sehfehler besteht: Wird eine Brille und / oder werden Kontaktlinsen getragen? **Bitte Brillenpass in Kopie beifügen, falls vorhanden!** nein ja

Dioptrien rechts: _____ links: _____

11. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Lupen oder spezielle Sehhilfen? nein ja

Falls ja, welche?

12. Sind Laserbehandlungen der Augen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, wann?

Laserbehandlung der

- der Netzhaut (Augenhintergrund)
- der Hornhaut (Korrektur eines Sehfehlers, z.B. LASIK)
- beidseitig nur links nur rechts

Dioptrienzahl vor der Laserbehandlung: rechts: _____ links: _____

13. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Sehstörungen trotz Korrektur mit Brille oder Kontaktlinsen, Kopfschmerzen bei hoher Sehanforderung, eingeschränktes Lesevermögen)? nein ja

Falls ja, welche?

14. Werden in der Ausübung Ihres Berufes besondere Anforderungen an das Sehvermögen gestellt und/oder arbeiten Sie überwiegend an einem Bildschirmarbeitsplatz?

nein ja

Falls ja, bitte beschreiben Sie die näheren Umstände:

15. 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