

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660  
61406 Oberursel

---

---

---

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

### Fragebogen zu Infektionserkrankungen (1.13)

1. Welche Infektionskrankheiten (länger als 3 Wochen anhaltend oder mehr als 3 Mal in 12 Monaten) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

---

---

---

---

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Schmerzen, Fieber, körperliche Schwäche)?  nein  ja

Falls ja, wann erstmals? [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] Wann zuletzt? [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

---

---

---

3. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? **(Bitte alle Behandlungen der letzten 3 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: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

4. Wurden **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen, Antikörperbestimmungen, Wundabstriche, Untersuchungen zur Art des Erregers [Viren, Bakterien, Pilze, andere Krankheitserreger]) 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

Antibiotikum      Medikamentenname: \_\_\_\_\_  
von: ...      bis: ...  
wie oft täglich? \_\_\_\_\_

weitere Medikamente      Medikamentenname: \_\_\_\_\_  
von: ...      bis: ...  
wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_  
von: ...      bis: ...  
wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

andere Therapien      Welche? \_\_\_\_\_  
von: ...      bis: ...  
wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

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

Falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal

von: ...      bis: ...

von: ...      bis: ...

7. 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 Untersuchungen?

---

---

---

Wann? ...

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?    .     .

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. Sind Folgen der Erkrankungen zurückgeblieben (z.B. Verbleiben der Erreger im Körper, Infektiosität, Belastungseinschränkungen, Erschöpfungszustände, Infektanfälligkeit)?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

11. 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