

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660  
61406 Oberursel

---

---

---

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

### Fragebogen zu Drogenkonsum (4)

1. Welche Drogen / welche Substanzen (auch: Cannabis) haben Sie **in den letzten 5 Jahren** zu sich genommen?

---

---

---

2. Wie häufig haben Sie diese Drogen / Substanzen (auch: Cannabis) **in den letzten 5 Jahren** konsumiert?

Substanz \_\_\_\_\_

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

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Substanz \_\_\_\_\_

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

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Substanz \_\_\_\_\_

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

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

3. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / des Drogenkonsums 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

erstmalig aufgesucht am: ..... zuletzt aufgesucht am: .....

erstmalig aufgesucht am: ..... zuletzt aufgesucht am: .....

4. Wie werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren diesbezüglich behandelt?

keine Behandlung

medikamentös

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: ..... bis: .....

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

weitere Medikamente

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: ..... bis: .....

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: ..... bis: .....

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Substitutionsbehandlung

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: ..... bis: .....

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Psychotherapie/ Verhaltenstherapie/ Gesprächstherapie

von: ..... bis: .....

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

Selbsthilfegruppe

von: ..... bis: .....

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

andere Therapien

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

von: ..... bis: .....

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

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

von: ..... bis: .....

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

5. Waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen des Drogenkonsums arbeitsunfähig?  nein  ja

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

von: ..... bis: .....

von: ..... bis: .....

6. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund des Drogenkonsums / der Beschwerden Behandlungen in einem Krankenhaus / Entgiftungsbehandlungen / Entwöhnungsbehandlungen / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann zuletzt?    .     .

7. Sind Folgen des Drogenkonsums zurückgeblieben?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

8. 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?

---

---

---

9. Ist Ihre Fahrerlaubnis eingeschränkt oder in der Vergangenheit eingeschränkt gewesen?  nein  ja

Falls ja, wann?

   .    

Wann zuletzt?

   .    

10. Welcher Arzt ist am besten über den Drogenkonsum 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