

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____
Zu versichernde Person: _____
Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Alkoholkonsum (5)

1. Wie häufig nehmen oder nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** regelmäßig Alkohol zu sich (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres)?

Art _____
von: [][]-[][]-[][][][] bis: [][]-[][]-[][][][]
wie oft, in welcher Menge? _____

Art _____
von: [][]-[][]-[][][][] bis: [][]-[][]-[][][][]
wie oft, in welcher Menge? _____

Art _____
von: [][]-[][]-[][][][] bis: [][]-[][]-[][][][]
wie oft, in welcher Menge? _____

2. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / des Alkoholkonsums 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: [][]-[][]-[][][][]

Stand 06.2024

3. 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? _____

Psychotherapie/ Verhaltens-
therapie/ Gesprächstherapie

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

wie oft wöchentlich? _____

Selbsthilfegruppe

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

wie oft wöchentlich? _____

andere Therapien

Welche? _____

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

wie oft wöchentlich? _____

4. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen des Alkoholkonsums arbeitsunfähig? nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

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

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

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

Falls ja, welche?

Wann zuletzt? |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|

6. Sind Folgen des Alkoholkonsums zurückgeblieben? nein ja

Falls ja, welche?

7. 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?

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

Falls ja, wann?

□□□□.□□□□.□□□□□□

Wann zuletzt?

□□□□.□□□□.□□□□□□

9. Welcher Arzt ist am besten über den Alkoholkonsum 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