

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

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

Fragebogen zur Körpergewichtsentwicklung (11)

1. Aktuelle Körpergröße? _____ cm (ohne Schuhe)	
2. Aktuelles Körpergewicht? _____ kg (ohne Kleidung)	
3. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren geändert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Falls ja, Gewichtszunahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Gewichtsabnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wie viele kg in welchem Zeitraum?	

4. Besteht oder bestand bei Ihnen eine Essstörung (z.B. Erbrechen, unkontrollierte Aufnahme großer Nahrungsmengen, Heißhungeranfälle [Bulimie], Angst vor Übergewicht, Magersucht [Anorexia nervosa])? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Falls ja, welche?	

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

Stand 06.2024

5. Haben Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen einer Ess- oder Verdauungsstörung Medikamente ohne ärztliche Verordnung eingenommen (z.B. Abführmittel, Appetitzügler)? nein ja

Falls ja, welche?

Wann zuletzt?

6. Wurden bei Ihnen **in den letzten 5 Jahren** Blutdruckwerte über 140/90 mmHg 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

Von wem gemessen (ggf. Name und Anschrift des Arztes)?

7. Nur bei Antragstellerinnen: Haben Sie regelmäßige Monatsblutungen (Menstruationen) nein ja

8. Wurde bei Ihnen **in den letzten 5 Jahren** eine Stoffwechselstörung (z.B. Cholesterin-, Triglycerid-, Zucker-, Harnsäureerhöhung oder Hormonstörung) festgestellt? nein ja

Falls ja, bitte nähere Angaben hierzu:

9. Wurde bei Ihnen **in den letzten 5 Jahren** eine Leberwerterhöhung oder eine Lebererkrankung (z.B. Fettleber) festgestellt? nein ja

Falls ja, bitte nähere Angaben hierzu:

10. Wurde oder wird bei Ihnen eine Psychotherapie (z.B. Gesprächs- oder Verhaltenstherapie) durchgeführt oder ist eine solche geplant? nein ja

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

Name und Anschrift des Arztes / Therapeuten:

11. Waren **in den letzten 10 Jahren** stationäre Krankenhausbehandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen (Kuren, Anschlussheilbehandlungen) notwendig?
Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche?

Wann? ..

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

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: .. bis: ..

von: .. bis: ..

13. Haben Sie aufgrund von Gewichtsproblemen, Gewichtsänderungen oder einer Essstörung 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: ..

14. 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