

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

\_\_\_\_\_  
Postfach 1660  
61406 Oberursel

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Versicherungs-Nr.:**

\_\_\_\_\_

Zu versichernde Person:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

### Fragebogen zu durchgeführten Operationen

1. Wie wurde das Leiden, das eine Operation /die Operationen erforderlich machte, vom Arzt bezeichnet?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Welche Operation / Operationen wurde(n) durchgeführt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wo? Bitte nennen Sie uns Name und Anschrift der Ärzte / des Krankenhauses:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Wann wurde(n) die Operation / die Operationen durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**

□□.□□.□□□□  
□□.□□.□□□□

4. Bestand eine Krebserkrankung (bösartiger Tumor)?  nein  ja

Falls ja, wurden Sie nach der Operation mit einer:

Chemotherapie  nein  ja

Strahlentherapie  nein  ja behandelt?

5. Haben Sie Ärzte oder andere Therapeuten aufgrund des Leidens in Anspruch genommen?

**(Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler.**

**Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler)**

nein  ja

Falls ja,

1) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

---

---

---

erstmals aufgesucht am: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| zuletzt aufgesucht am: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

---

---

---

erstmals aufgesucht am: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| zuletzt aufgesucht am: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

6. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT) Kernspintomographie, Szintigraphie / nuklearmedizinische Untersuchung oder Ultraschalluntersuchung) diesbezüglich durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche Untersuchung und wann?

---

---

---

Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung)

---

---

---

7. Waren aufgrund der Beschwerden / des Leidens Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? **Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche und wann?

---

---

---

Wo? (Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung)

---

---

---

8. Wie wurde / wird ansonsten behandelt?

keine Behandlung

Schmerzmittel

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

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

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

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

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

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

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

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

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

andere Medikamente

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

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

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Krankengymnastik

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

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

Massagen

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

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

Akupunktur / Schmerztherapien

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

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

andere Therapien

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

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

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

9. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren geändert?

nein  ja

Falls ja, haben Sie zu- oder abgenommen? \_\_\_\_\_

Wie viele kg in welchem Zeitraum? \_\_\_\_\_

10. Stehen Sie jetzt noch unter ärztlicher Kontrolle oder Beobachtung?

nein  ja

Falls ja, bei wem? (Name und Anschrift des Arztes)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Sind Folgen des Leidens oder der Operation(en) verblieben (z.B. Schmerzen, Gefühlsstörungen, Funktionsstörungen, Bewegungseinschränkungen, Belastungsminderungen)?

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

In welchen Abständen?

Wann zuletzt?

|\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|

12. Gibt es Auslöser für die Beschwerden?

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

13. Haben die Beschwerden / Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?

nein  ja

Falls ja, zu welchen?

---

---

14. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?

nein  ja

Falls ja, wie oft?

\_\_\_\_\_ mal

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

bis |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|

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

bis |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|

15. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?

nein  ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit?

---

---

16. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung / die Beschwerden 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 Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

