

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Fragebogen zu Erkrankungen des Zuckerstoffwechsels

<p>1. Seit wann ist Ihnen bekannt, dass Sie an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) leiden?</p>	<p>seit  _ _ .  _ _ .  _ _ _ _ _ </p>
<p>2. Sind auch nach Einleitung der Behandlung Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z. B. Bewusstseinsstörungen, Schockzustände, starke Über- oder Unterzuckerung, häufiger Harndrang, ständiges Durstgefühl, Gefühlsstörungen, häufige Infektionen, offenen Geschwüre im Bereich der Beine, Sehstörungen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann erstmals?  _ _ .  _ _ .  _ _ _ _ _   Wann zuletzt?  _ _ .  _ _ .  _ _ _ _ _   Welche Beschwerden, in welchen Abständen?</p>
<p>3. Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?  <b>(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)</b></p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> 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:  _ _ .  _ _ .  _ _ _ _ _ </p>

Stand 04 2013



<p>9. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> <p>Wann?</p> <p>Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:</p>
<p>10. Waren aufgrund der Beschwerden/ der Erkrankung Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> <p>Wann?</p> <p>Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:</p>
<p>11. Wie wurde/wird ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung  _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tabletten  Medikamentenname: _____  von :  _ _ . _ _ . _ _ _ _  bis :  _ _ . _ _ . _ _ _ _   Wie oft täglich? _____  _____</p> <p><input type="checkbox"/> weitere Tabletten  Medikamentenname: _____  von :  _ _ . _ _ . _ _ _ _  bis :  _ _ . _ _ . _ _ _ _   Wie oft täglich? _____  _____</p> <p><input type="checkbox"/> Insulingabe  Medikamentenname: _____  Einheiten: morgens: _____ mittags: _____ abends: _____  _____</p> <p><input type="checkbox"/> weitere Insuline  Medikamentenname: _____  Einheiten: morgens: _____ mittags: _____ abends: _____</p>

<p>(Fortsetzung Frage 11)</p>	<p><input type="checkbox"/> andere Therapien / Behandlungen</p> <p>Welche: _____</p> <p>von :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  bis :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft wöchentlich? _____</p>
<p>12. Hat sich die Behandlung der Diabeteserkrankung in den letzten 12 Monaten geändert?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, was hat sich geändert?</p> <p>Wann?</p>
<p>13. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren geändert?</p> <p>Falls ja, Gewichtszunahme?</p> <p>Falls ja, Gewichtsabnahme?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie viel Kilogramm?          _____ kg</p> <p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie viel Kilogramm in welchem Zeitraum?          _____ kg innerhalb von _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie viel Kilogramm in welchem Zeitraum?          _____ kg innerhalb von _____</p>
<p>14. Wurde Ihr Blutdruck gemessen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie hoch war er bei den letzten Messungen?</p> <p>____ / ____ Wann? _____ <input type="checkbox"/> ohne Medikation  <input type="checkbox"/> mit Medikation</p> <p>____ / ____ Wann? _____ <input type="checkbox"/> ohne Medikation  <input type="checkbox"/> mit Medikation</p> <p>____ / ____ Wann? _____ <input type="checkbox"/> ohne Medikation  <input type="checkbox"/> mit Medikation</p> <p>Von wem gemessen (ggfs. Name und Anschrift des Arztes)?</p>
<p>15. Bestehen Folgekrankheiten (Diabeteskomplikationen, z.B. Durchblutungsstörungen, Netzhautveränderungen, Nieren- oder Nervenfunktionsstörungen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>



**ALTE LEIPZIGER**  
**Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit**

21. 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 der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die der gesetzlichen Vertreter