

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

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

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

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

### Fragebogen zu Infektionskrankheiten

<p>1. Welche Infektionskrankheit besteht oder bestand?</p>	
<p>2. Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten?</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 11.2012

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

<p>4. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie, oder Ultraschalluntersuchungen) diesbezüglich durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Untersuchungen und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes/der Einrichtung)</p> <p>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>5. Wurden Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen, Antikörperbestimmungen, Wundabstriche, Untersuchungen des Erregers [Art der Viren, Bakterien, Pilze, andere Krankheitserreger]) durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Untersuchungen und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes/der Einrichtung)</p> <p>(Ergebnis bitte beifügen)</p>
<p>6. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Komplikationen und wann?</p>
<p>7. 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 und wann?</p> <p>Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung</p>

<p>8. Wie wurde/wird ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Medikament  Medikamentenname: _____  von :  _ _ . _ _ . _ _ _ _ _  bis :  _ _ . _ _ . _ _ _ _ _   Wie oft täglich? _____  _____</p> <p><input type="checkbox"/> weitere Medikamente  Medikamentenname: _____  von :  _ _ . _ _ . _ _ _ _ _  bis :  _ _ . _ _ . _ _ _ _ _   Wie oft täglich? _____  _____</p> <p>Medikamentenname: _____  von :  _ _ . _ _ . _ _ _ _ _  bis :  _ _ . _ _ . _ _ _ _ _   Wie oft täglich? _____  _____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Therapien  Welche? _____  von :  _ _ . _ _ . _ _ _ _ _  bis :  _ _ . _ _ . _ _ _ _ _   Wie oft wöchentlich? _____</p>
<p>9. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Verbleiben der Erreger im Körper, Infektiosität, Belastungseinschränkungen, Infektanfälligkeit)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>10. Haben die Folgen der Erkrankung zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, zu welchen?</p>
<p>11. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? _____ mal  von :  _ _ . _ _ . _ _ _ _ _  bis :  _ _ . _ _ . _ _ _ _ _   von :  _ _ . _ _ . _ _ _ _ _  bis :  _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p>

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

12. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, empfohlene Tätigkeit:
13. Erfolgten Nachuntersuchungen oder sind solche in Zukunft vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Tests oder Untersuchungen?  Wann war die letzte Kontrolle?    _ _ . _ _ . _ _ _ _
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 der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die der gesetzlichen Vertreter