

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Lungenerkrankungen

<p>1. Welche Erkrankungen oder Beeinträchtigungen der Lunge oder der Atmungsorgane bestehen oder bestanden?</p>	
<p>2. Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Atemnotanfälle, ständige Kurzatmigkeit, Husten auch außerhalb von Erkältungen, häufige Atemwegsinfektionen, blutiger Auswurf, Minderung der körperlichen Belastbarkeit)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann erstmals? _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wann zuletzt? _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Welche Beschwerden, in welchen Abständen?</p>
<p>3. Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden bekannt / aufgefallen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>

Stand 03-2014

<p>8. Gibt es Stoffe, gegen die Sie allergisch reagieren (z.B. Schimmelsporen, Pollen, Nahrungsmittel, Chemikalien, bestimmte Arbeitsmittel)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> <p>(Allergiepass in Kopie bitte beifügen)</p>
<p>9. 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>Wo? (Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung)</p> <p>(Befunde bitte beilegen)</p>
<p>10. Wie wurde/wird ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung <input type="checkbox"/> Dosieraerosol (Lungenspray) Medikamentenname: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal <input type="checkbox"/> bei Bedarf _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Dosieraerosol Medikamentenname: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal <input type="checkbox"/> bei Bedarf _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kortison-tabletten Medikamentenname: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal <input type="checkbox"/> bei Bedarf _____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Medikamente Medikamentenname: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal <input type="checkbox"/> bei Bedarf</p>

<p>(Fortsetzung Frage 10)</p>	<p><input type="checkbox"/> Atemgymnastik von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft wöchentlich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie Seit wann? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Desensibilisierung Gegen welches Allergen? _____ von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ erfolgreich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> nächtliche Maskenbeatmung Seit wann? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Therapien Welche? _____ von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft wöchentlich? _____</p>
<p>11. 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>12. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren geändert?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, haben Sie zugenommen oder abgenommen?</p> <p>Wie viele kg in welchem Zeitraum?</p>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

<p>13. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Belastungseinschränkungen, Schmerzen, Infektanfälligkeit, häufige Luftnot, Atemnotanfälle oder häufiger Husten)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>14. Haben die Beschwerden/ Funktionseinschränkungen 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>15. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? _____ mal</p> <p>von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p>
<p>16. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, empfohlene Tätigkeit:</p>
<p>17. Bestand/besteht in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder) eine der o.g. Erkrankungen? (Bitte nur Art und Anzahl der Erkrankungen nennen, nicht die betroffenen Personen)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Erkrankung?</p>
<p>18. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, was? _____</p> <p>Wie viel pro Tag? _____</p> <p>Seit wann? _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Bei Exrauchern: Bis wann? _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

19. 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