

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Medikamenteneinnahme (3)

1. Nehmen oder nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** regelmäßig Medikamente ein (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament; auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? nein ja

Medikamentenname:

von:

bis:

wie oft täglich?

Medikamentenname:

von:

bis:

wie oft täglich?

Medikamentenname:

von:

bis:

wie oft täglich?

(Fortsetzung der Frage auf der nachfolgenden Seite)

(Fortsetzung der Frage 1)

Medikamentenname: _____

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

2. Hat die Einnahme eines Medikamentes zu Nebenwirkungen oder Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens / Ihrer Berufstätigkeit / Ihrer Fahrtauglichkeit geführt? nein ja

Falls ja, zu welchen?

3. Wegen welcher Beschwerden/ Erkrankungen nehmen oder nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** die angegebenen Medikamente ein?

4. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (**Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und die erste Behandlung dort, auch wenn außerhalb dieses Zeitraums. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler.**) nein 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: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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)