

| | |
|--|--|
| <p>12. Wie wurde ansonsten behandelt?</p> | <p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung _____</p> <p><input type="checkbox"/> Augentropfen Medikamentenname: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> weitere Medikamente Medikamentenname: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Therapien/Behandlungen Welche? _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft wöchentlich? _____</p> |
| <p>13. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Sehstörungen trotz Korrektur mit Brille oder Kontaktlinsen, Kopfschmerzen bei hoher Sehanforderung, eingeschränktes Lesevermögen)?</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 von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> |
| <p>16. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Lupen oder spezielle Sehhilfen?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> |
| <p>17. 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> |

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

| | |
|---|--|
| 18. Werden in der Ausübung Ihres Berufes besondere Anforderungen an das Sehvermögen gestellt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, bitte beschreiben Sie die näheren Umstände |
| 19. Benutzen Sie einen Computer? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie viele Stunden pro Tag durchschnittlich? |
| 20. 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 |
| | |