

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____
Zu versichernde Person: _____
Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Arbeitsunfähigkeit (6)

1. Wegen welchen Erkrankungen und/oder Beschwerden waren Sie **in den letzten 5 Jahren** mehr als **3 Wochen** ununterbrochen arbeitsunfähig?

1. Art der Erkrankung _____
von: |_|_|·|_|_|·|_|_|_|_| bis: |_|_|·|_|_|·|_|_|_|_|

2. Art der Erkrankung _____
von: |_|_|·|_|_|·|_|_|_|_| bis: |_|_|·|_|_|·|_|_|_|_|

3. Art der Erkrankung _____
von: |_|_|·|_|_|·|_|_|_|_| bis: |_|_|·|_|_|·|_|_|_|_|

2. Haben Sie diesbezüglich bereits Angaben gemacht?

Zu Erkrankung 1: nein ja
Zu Erkrankung 2: nein ja
Zu Erkrankung 3: nein ja

3. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?
(Bitte alle Behandlungen der letzten 5 Jahre angeben und die erste Behandlung, auch wenn sich diese außerhalb dieses Zeitraums befindet. Bitte ggf. Beiblatt benutzen.) nein ja

erstmalig aufgesucht am: |_|_|·|_|_|·|_|_|_|_| zuletzt aufgesucht am: |_|_|·|_|_|·|_|_|_|_|
erstmalig aufgesucht am: |_|_|·|_|_|·|_|_|_|_| zuletzt aufgesucht am: |_|_|·|_|_|·|_|_|_|_|

Stand 06.2024

7. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

8. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

9. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben? nein ja

Falls ja, welche?

10. 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 zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x