

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Erkrankungen bzw. Verletzungen des Bewegungsapparates

1. Wie bezeichnete der Arzt/der Therapeut das Leiden?	
2. Welches Körperteil/welche Körperteile waren oder sind betroffen?	Knochen/Gelenk/Sehne/Band/Muskel rechts links beidseitig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Sind Beschwerden aufgetreten (z.B. Sehnenreizungen, Schmerzen, Gefühlsstörungen, Blockierungen, Ergussbildung, Bewegungseinschränkungen, Belastungsminderungen, Muskelbeschwerden ohne äußere Einwirkungen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann erstmals? _ _ . _ _ . _ _ _ _ Wann zuletzt? _ _ . _ _ . _ _ _ _ Welche Beschwerden, in welchen Abständen?
4. Gibt es Auslöser für diese Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?

Stand 04.2013

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

<p>5. Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und, falls außerhalb dieses Zeitraumes, auch den ersten Behandler. Bitte ggf. ein Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, 1.) Name und Anschrift des Arztes/des Therapeuten:</p> <p>erstmals aufgesucht am: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ zuletzt aufgesucht am: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>2.) Name und Anschrift des Arztes/des Therapeuten:</p> <p>erstmals aufgesucht am: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ zuletzt aufgesucht am: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>6. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie, Szintigraphie/ nuklearmedizinische Untersuchung oder Ultraschalluntersuchung) diesbezüglich durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Untersuchung und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes/der Einrichtung)</p> <p>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>7. Auf welche Ursache ist das Leiden zurückzuführen?</p>	
<p>8. Sind auch innere Organe betroffen (z.B. bei Rheumatismus)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>9. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes/des Krankenhauses)</p>
<p>10. Wurde bei einer Operation Fremdmaterial eingebracht (z.B. Schrauben, Platten oder ein künstliches Gelenk)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, was und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes/des Krankenhauses)</p>

<p>11. Wurde das Fremdmaterial mittlerweile wieder entfernt oder ist eine Entfernung vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes/des Krankenhauses)</p>
<p>12. 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 beifügen)</p>
<p>13. Wie wurde/wird ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung _____</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzmittel Medikamentenname: _____ von: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kortisontabletten Medikamentenname: _____ von: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Medikamente Medikamentenname: _____ von: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ Medikamentenname: _____ von: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Krankengymnastik von: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft wöchentlich? _____</p>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

20. Benutzen Sie einen Computer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie viele Stunden pro Tag durchschnittlich?
21. Wie viele Stunden pro Tag stehen oder gehen Sie durchschnittlich?	
22. Müssen Sie regelmäßig schwer (mehr als 10 kg) heben oder tragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Gegenstände werden bewegt? Wie oft müssen die Lasten pro Tag bewegt werden?
23. 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