

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660  
61406 Oberursel

---

---

---

Versicherungs-Nr.:

---

Zu versichernde Person:

---

Geburtsdatum:

---

### Fragebogen zu Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane (1.3)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Nieren, der Harnwege (auch Blut oder Eiweiß im Urin) oder der Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

---

---

---

---

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Schmerzen, Koliken, Beschwerden oder Störungen beim Wasserlassen, Blutungen)?  nein  ja

Falls ja, wann erstmals? ..... Wann zuletzt? .....

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

---

---

---

3. Sind die Beschwerden

unfallbedingt?

sonstiger Ursache?

Welcher? 

---

Stand 06.2024

4. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?

**(Bitte alle Behandlungen der letzten 3 Jahre angeben und die erste Behandlung, auch**

**wenn sich diese außerhalb dieses Zeitraums befindet. Bitte ggf. Beiblatt benutzen.)**

nein  ja

erstmals aufgesucht am: ... zuletzt aufgesucht am: ...

erstmals aufgesucht am: ... zuletzt aufgesucht am: ...

5. Wurden **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden/ Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen, Antikörperbestimmungen, Urinbefunde, Abstrich- oder Sekretuntersuchungen) festgestellt?

**Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann?

...

6. Wurde Ihr Blutdruck **in den letzten 3 Jahren** gemessen?

nein  ja

Falls ja, wie hoch war er bei den letzten Messungen?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ Wann gemessen? ...  ohne Medikation  mit Medikation

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ Wann gemessen? ...  ohne Medikation  mit Medikation

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ Wann gemessen? ...  ohne Medikation  mit Medikation

Von wem gemessen (ggf. Name und Anschrift des Arztes)?

---

---

---

7. Wie werden oder wurden die Beschwerden/Erkrankungen **in den letzten 3 Jahren** behandelt?

keine Behandlung

medikamentös

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] bis: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

weitere Medikamente

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] bis: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] bis: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Strahlentherapie

von: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] bis: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

Chemotherapie

von: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] bis: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

andere Therapien

Welche? \_\_\_\_\_

von: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] bis: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

8. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerde n/ Erkrankungen arbeitsunfähig?  nein  ja

Falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal

von: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] bis: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

von: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] bis: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

9. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine Spiegelung (Endoskopie) im Bereich der Harnwege (Harnröhre, Harnblase, Harnleiter) oder Gebärmutter oder Messungen / Untersuchungen der Blasen- oder Nierenfunktion durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann? [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

10. Erfolgt **in den letzten 5 Jahren** Gewebentnahmen (Biopsien) wegen der Beschwerden / Erkrankungen? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann? [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

11. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Mammografie, Kernspintomographie [MRT], Szintigraphie / nuklearmedizinische Untersuchungen oder Ultraschalluntersuchungen) wegen der Beschwerden / Erkrankungen durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann?    .    .

12. 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?    .    .

13. Sind aufgrund der Beschwerden/ Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

In welchen Abständen?

---

---

---

Wann zuletzt?    .    .

14. Sind wegen der Beschwerden/ Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann?

Wurde eine Niere, ein Teil der Harnwege (Harnröhre, Harnblase, Harnleiter), eine Brustdrüse oder ein Geschlechtsorgan ganz oder teilweise entfernt oder eine Entfernung angeraten?  nein  ja

Falls ja, welches Organ?

---

---

Bei paarigen Organen, auf welcher Seite?

---

15. Sind andere Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. eingeschränkte Organfunktion, dauerhafte Beschwerden, Defektzustände)?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

16. 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