

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

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

Fragebogen zu Erkrankungen der Ohren (1.7)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus] Entzündungen, Schmerzen, eitriger Ausfluss, andere Gleichgewichtsstörungen) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren?**

Wann erstmals? Wann zuletzt?

2. Bestehen oder bestanden die Beschwerden / Erkrankungen

- beidseitig?
- nur links?
- nur rechts?

3. Bestehen oder bestanden die Beschwerden / Erkrankungen

- einmalig? Wann?
- mehrfach auftretend? Wie oft? _____

Stand 06.2024

4. 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? _____

Salben / Cremes

Medikamentenname: _____

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

wie oft täglich? _____

Bestrahlung

Medikamentenname: _____

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

wie oft wöchentlich? _____

andere Therapien

Welche? _____

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

wie oft wöchentlich? _____

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

Falls ja, wie oft? _____ mal

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

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

6. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine Spiegelung der Ohren durchgeführt oder der Gleichgewichtssinn oder das Hörvermögen (z.B. Audiogramm / Hörmesskurve) untersucht?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann? |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Falls ja, welche?

Wann zuletzt?

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

Falls ja, welche?

Wann?

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

Falls ja, welche?

Wann zuletzt?

10. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Hörstörungen, Tinnitus [Ohrgeräusche], Schmerzen, Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen, Druckausgleichsstörungen, Infektanfälligkeit)? nein ja

Falls ja, welche?^

11. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Hörgeräte, Tinnitus Noiser oder ein Cochleaimplantat? nein ja

Falls ja, welche?

12. Bestehen in Ihrem Beruf besondere Anforderungen an das Hörvermögen und/oder das Sprachverständnis und/oder an Schwindelfreiheit und den Gleichgewichtssinn?

nein ja

Falls ja, welche?

13. 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