

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Erkrankungen der Atmungsorgane (1.1)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhlen-erkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf-, Rippenfellerekrankung, Schlafapnoe) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren?**

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Atemnotanfälle, ständige Kurzatmigkeit, Husten auch außerhalb von Erkältungen, häufige Atemwegsinfektionen, blutiger Auswurf, Minderung der körperlichen Belastbarkeit, Heiserkeit, Stimmstörungen, Schluckstörungen, Schmerzen, eitriger Ausfluss)?

nein ja

Falls ja, wann erstmals? ...

Wann zuletzt? ...

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

- | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bei der Arbeit | <input type="checkbox"/> ganzjährig |
| <input type="checkbox"/> bei Pollenkontakt | <input type="checkbox"/> saisonal |
| <input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung | <input type="checkbox"/> sonstiges |

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. Wurde **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen eine Lungenfunktionsuntersuchung, eine Blutgasanalyse, eine Schlaflaboruntersuchung, eine Spiegelung oder endoskopische Untersuchung des Kehlkopfs, der Nasennebenhöhlen oder des Nasen-Rachenraums durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann? ...

6. Welche Medikamente (Name) werden wie oft im Jahr / Monat / Woche eingenommen?

Wann zuletzt?

7. Welche Behandlungen werden durchgeführt?

Desensibilisierung Gegen welche Allergen?
von: ... bis: ...
erfolgreich?

Sauerstofftherapie seit wann? ...

nächtliche Maskenbeatmung seit wann? ...
regelmäßig bis heute? ja nein

Falls nein, Abbruchgrund:

andere Therapien Welche?
von: ... bis: ...
Wie oft wöchentlich?

8. Sind **in den letzten 5 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten (z.B. akute Krankenhauseinweisung, Notarztbehandlung)? nein ja

Falls ja, welche Komplikationen?

Wann? ...

14. Sind Folgen der Erkrankungen/ Unfälle/ Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Belastungseinschränkungen, Infektanfälligkeit, häufige Luftnot, Entfernung eines Teils der Lunge oder des Kehlkopfs, Stimm- oder Schluckstörungen, Druckausgleichsstörungen, Tagesmüdigkeit)? nein ja

Falls ja, welche?

15. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

