

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

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

Fragebogen zu gutartigen Tumoren (1.14)

1. Welche gutartigen Tumore an welchen Körperteilen bzw. Organen bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren?**

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Schmerzen, Funktionseinschränkungen, Gefühlsstörungen, Lähmungen)? nein ja

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

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. 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: [][] . [][] . [][][][]

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

Falls ja, welche Untersuchungen?

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

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 zuletzt?

 . .

9. Sind Folgen der Erkrankungen/ Unfälle/ Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Einschränkung einer Organfunktion, Gefühlsstörungen)?

nein ja

Falls ja, welche?

10. Falls die gutartigen Tumore nicht vollständig entfernt wurden: Haben sich die Tumore im Verlauf vergrößert?

nein ja

Falls ja, bitte nähere Angaben zum Verlauf:

11. 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