

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Fragebogen zu gynäkologischen Erkrankungen

1. Welche Erkrankungen oder Beeinträchtigungen der weiblichen Geschlechtsorgane (z.B. Gebärmutter, Eierstöcke, Brust) bestehen oder bestanden?	
2. Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Störungen der Regelblutung/Zwischenblutungen, Ausfluss, Schmerzen, Blasenschwäche, Verhärtungen der Brust, Milch- oder Sekretausfluss aus der Brust)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann erstmals?  _ _ _ .  _ _ _ .  _ _ _ _ _ _  Wann zuletzt?  _ _ _ .  _ _ _ .  _ _ _ _ _ _  Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

Stand 03.2014

<p>3. Haben Sie aufgrund der Erkrankungen/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? <b>(Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und, falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler)</b></p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, Name und Anschrift der Ärzte/Therapeuten:</p> <p>1.)</p> <p>erstmals aufgesucht am:                       _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _  zuletzt aufgesucht am:                       _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>2.)</p> <p>erstmals aufgesucht am:                       _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _  zuletzt aufgesucht am:                       _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>4. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch Mammographie oder CT], Kernspintomographie oder Ultraschalluntersuchungen) 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>(Befunde bitte beilegen)</p>
<p>5. Erfolgt weitere ärztliche Untersuchungen zur Beurteilung der Erkrankung/ der Beschwerden (z.B. Abstriche, Gewebentnahmen, Messungen/ Untersuchungen der Blasenfunktion, Bauchspiegelungen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Untersuchungen und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung):</p> <p>(Befunde bitte beilegen)</p>
<p>6. Wurde eine bösartige Erkrankung festgestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und wann?</p>

<p>7. Sind aufgrund der Erkrankung/ der Beschwerden regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> <p>In welchem Abständen? Wann zuletzt?</p>
<p>8. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Komplikationen und wann?</p>
<p>9. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren geändert?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, haben Sie zugenommen oder abgenommen?</p> <p>Wie viele kg in welchem Zeitraum?</p>
<p>10. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein, keine Folgen / Beschwerden seit: <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses)</p>
<p>11. Falls operiert: Wurden bei der Operation Unterleibsorgane oder eine Brust entfernt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</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 beilegen)</p>
<p>13. Wie wurde/wird ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung  <input type="checkbox"/> Medikamente  Medikamentenname _____</p> <p>von ____ __ __.____ __ __.____ __ __ __ __   bis ____ __ __.____ __ __.____ __ __ __ __ </p> <p>Wie oft täglich? _____</p> <p>Medikamentenname _____</p> <p>von ____ __ __.____ __ __.____ __ __ __ __   bis ____ __ __.____ __ __.____ __ __ __ __ </p> <p>Wie oft täglich? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Strahlentherapie  von ____ __ __.____ __ __.____ __ __ __ __   bis ____ __ __.____ __ __.____ __ __ __ __ </p> <p>Wie oft wöchentlich? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Chemotherapie  von ____ __ __.____ __ __.____ __ __ __ __   bis ____ __ __.____ __ __.____ __ __ __ __ </p> <p>Wie oft wöchentlich? _____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Therapien welche? _____</p> <p>von ____ __ __.____ __ __.____ __ __ __ __   bis ____ __ __.____ __ __.____ __ __ __ __ </p> <p>Wie oft wöchentlich? _____</p>

**ALTE LEIPZIGER**  
**Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit**

<p>14. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Belastungseinschränkungen, Schmerzen, Blasen- oder Schließmuskelschwäche)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>15. Haben die Beschwerden/ Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, zu welchen?</p>
<p>16. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? _____ mal</p> <p>von ____ ____ ____ ____ bis ____ ____ ____ ____  von ____ ____ ____ ____ bis ____ ____ ____ ____</p>
<p>17. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, empfohlene Tätigkeit:</p>
<p>18. Bestand/besteht in Ihrer Familie (Schwestern, Mutter, Tanten, Großmütter) eine der unter Frage 1 genannten Erkrankungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Erkrankung?</p>
<p>19. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?</p>	<p>Name und Anschrift des Arztes</p>
<p>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).</p>	
<p>Ort, Datum</p>	<p>Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die der gesetzlichen Vertreter</p>