

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Herz- und Kreislauferkrankungen

<p>1. Welche Erkrankungen oder Beeinträchtigungen des Herzens oder des Kreislaufes bestehen oder bestanden?</p>	
<p>2. Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Herzklopfen, Atemnot, Angstgefühle, Herzbeklemmungen, Schmerzen im Brustkorb bei Belastung, Schwindel, Bewusstseinsverlust, Missempfindung/Schmerzen oder Schwellungen an Armen oder Beinen in Ruhe oder bei Belastung, blutdruckabhängige Kopfschmerzen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann erstmals? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wann zuletzt? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Welche Beschwerden, in welchen Abständen?</p>
<p>3. Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden (z.B. körperliche Anstrengung; Stress, Kälte etc.) bekannt/ aufgefallen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>4. Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (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)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, 1.) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten: erstmalig aufgesucht am: _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ zuletzt aufgesucht am: _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p>

Stand 03-2014

<p>(Fortsetzung Frage 4)</p>	<p>2.) Name und Anschrift der Ärzte/Therapeuten:</p> <p>erstmalig aufgesucht am: _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>zuletzt aufgesucht am: _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>5. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie, Szintigraphie/nuklearmedizinische Untersuchungen oder Ultraschalluntersuchungen) diesbezüglich durchgeführt?</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>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>6. Wurden Elektrokardiogramme (EKG) in Ruhe oder Belastung, Langzeitblutdruckmessungen oder andere Funktionstests des Herz-Kreislaufsystems durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Welche Untersuchungen, wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung)</p> <p>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>7. Wurde Ihr Blutdruck gemessen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: wie hoch war er bei den letzten Messungen?</p> <p>_____/_____ Wann gemessen? _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/> ohne Medikation <input type="checkbox"/> mit Medikation</p> <hr/> <p>_____/_____ Wann gemessen? _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/> ohne Medikation <input type="checkbox"/> mit Medikation</p> <hr/> <p>_____/_____ Wann gemessen? _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/> ohne Medikation <input type="checkbox"/> mit Medikation</p> <hr/> <p>Von wem gemessen (ggf. Name und Anschrift des Arztes)?</p>

<p>8. Auf welche Ursache ist das Leiden zurückzuführen?</p>	
<p>9. 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>10. 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>11. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, was? _____</p> <p>Wie viel pro Tag? _____</p> <p>Seit wann? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Bei Extrauchern: Bis wann? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p>
<p>12. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses)</p>
<p>13. 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>Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:</p> <p>(Befunde bitte beilegen)</p>

14. Wie wurde/wird ansonsten
behandelt?

Keine Behandlung

Blutdruckmittel

Medikamentenname: _____

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

Wie oft täglich? _____

2. Blutdruckmittel

Medikamentenname: _____

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

Wie oft täglich? _____

Mittel gegen
Herzrasen / Herzstolpern

Medikamentenname: _____

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

Wie oft täglich? _____

Mittel zur "Blutverdünnung"

Medikamentenname: _____

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

Wie oft täglich? _____

andere Medikamente

Medikamentenname: _____

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

Wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

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

Wie oft täglich? _____

Herz- Kreislauftraining

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

Wie oft wöchentlich? _____

Lymphdrainagen

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

Wie oft wöchentlich? _____

(Fortsetzung Frage 14)	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher seit: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <hr/> <input type="checkbox"/> Stützstrümpfe seit: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <hr/> <input type="checkbox"/> andere Therapien Welche? _____ von : <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> bis : <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Wie oft wöchentlich? _____
15. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Belastungseinschränkungen, Schmerzen, anfallsweise Luftnot, Schwellungen der Beine, Durchblutungsstörungen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?
16. Haben die Beschwerden/ Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, zu welchen?
17. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? _____ mal von : <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> bis : <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> von : <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> bis : <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
18. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, empfohlene Tätigkeit:
19. Bestand/besteht in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder) eine der unter Frage 1 genannten Erkrankungen? (Bitte nur Art und Anzahl der Erkrankungen nennen, nicht die betroffenen Personen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Erkrankung?

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

20. 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 der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die der gesetzlichen Vertreter