

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660  
61406 Oberursel

---

---

---

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Fragebogen zu Medikamenteneinnahme (3)

1. Nehmen oder nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** regelmäßig Medikamente ein (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament; auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?  nein  ja

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

2. Wegen welcher Beschwerden/ Erkrankungen nehmen oder nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** die angegebenen Medikamente ein?

---

---

---

---

3. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?

**(Bitte alle Behandlungen der letzten 5 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: ..

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