

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Ohren- und Gleichgewichtsorganerkrankungen

<p>1. An welchen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen der Ohren (z.B. Gehörgang, Mittelohr, Innenohr, Gehör) oder des Gleichgewichtsorgans leiden oder litten Sie?</p>	
<p>2. Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Entzündungen, Schmerzen, eitriger Ausfluss, Ohrgeräusche (Tinnitus), Schwindel, andere Gleichgewichtsstörungen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann erstmals? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ wenn zuletzt? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Welche Beschwerden, in welchen Abständen?</p>
<p>3. Gibt es Auslöser für die Beschwerden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>

Stand 03-2014

<p>10. Bestehen / besteht oder bestanden Erkrankung(en) oder Beschwerde(n):</p>	<p><input type="checkbox"/> einmalig? wann? _____</p> <p><input type="checkbox"/> mehrfach auftretend? wie oft? _____ mal</p> <p><input type="checkbox"/> saisonal? wann? _____</p> <p><input type="checkbox"/> ganzjährig?</p>
<p>11. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> <p> Wann?</p> <p>(Nennen Sie bitte Name und Anschrift der Ärzte/der Krankenhäuser)</p>
<p>12. Waren aufgrund der Beschwerden/ der Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> <p> Wann?</p> <p>(Nennen Sie bitte Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung)</p> <p>(Berichte bitte beifügen)</p>
<p>13. Wie wurde ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Tabletten</p> <p>Medikamentenname: _____</p> <p>von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft täglich? _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> weitere Tabletten</p> <p>Medikamentenname: _____</p> <p>von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft täglich? _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Salben / Cremes</p> <p>Medikamentenname: _____</p> <p>von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft täglich? _____</p>

<p>(Fortsetzung Frage 13)</p>	<p><input type="checkbox"/> Bestrahlung Art der Bestrahlung: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft wöchentlich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Desensibilisierung gegen welches Allergen?: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Erfolgreich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Therapien Welche?: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft wöchentlich? _____</p>
<p>14. Waren Sie wegen der Erkrankung arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? _____ mal von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p>
<p>15. Bestehen nach wie vor Hörstörungen oder Ohrgeräusche (Tinnitus)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche (bitte beschreiben)?</p>
<p>16. Sind andere Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Schmerzen, Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen, Druckausgleichsstörungen, Infektanfälligkeit)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>17. 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>18. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Hörgeräte?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>19. 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>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

<p>20. Bestehen in Ihrem Beruf besondere Ansprüche an das Hörvermögen und/oder das Sprachverständnis?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, beschreiben Sie bitte die näheren Umstände:</p>
<p>21. Führen Sie auch Arbeiten in großer Höhe oder mit Absturzgefahr aus?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, beschreiben Sie bitte die näheren Umstände:</p>
<p>22. Bestand/besteht in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder) eine der vorgenannten Erkrankungen? (Bitte nur Art und Anzahl der Erkrankungen nennen, nicht die betroffenen Personen)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Erkrankung?</p>
<p>23. 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>