

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660  
61406 Oberursel

---

---

---

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

### Fragebogen zu stationären Behandlungen (8)

1. Wegen welchen Erkrankungen und/oder Beschwerden wurden Sie **in den letzten 10 Jahren** stationär untersucht oder behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen) bzw. ist eine solche Untersuchung / Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 2 Jahren vorgesehen oder empfohlen?

**Befunde bitte beifügen!**

1. Art der Erkrankung \_\_\_\_\_

von: .... bis: ....

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

---

---

---

2. Art der Erkrankung \_\_\_\_\_

von: .... bis: ....

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

---

---

---

2. Haben Sie diesbezüglich bereits Angaben gemacht?

Zu Erkrankung 1:  nein  ja

Zu Erkrankung 2:  nein  ja

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

**(Bitte alle Behandlungen der letzten 10 Jahre angeben und die erste Behandlung, auch wenn sich diese außerhalb dieses Zeitraums befindet. Bitte ggf. Beiblatt benutzen.)**

nein  ja

erstmalig aufgesucht am: ... zuletzt aufgesucht am: ...

erstmalig aufgesucht am: ... zuletzt aufgesucht am: ...

4. Wurden **in den letzten 5 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden/ Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (Blutuntersuchungen, Untersuchungen auf Krankheitserreger, Abstriche) festgestellt? **Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann? ...

5. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen **in den letzten 10 Jahren** behandelt?

keine Behandlung

medikamentös

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

von: ... bis: ...

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

weitere Medikamente

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

von: ... bis: ...

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

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

von: ... bis: ...

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

andere Therapien

Welche? \_\_\_\_\_

von: ... bis: ...

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

Welche? \_\_\_\_\_

von: ... bis: ...

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

6. Wurden **in den letzten 10 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT] Kernspintomographie [MRT], Szintigraphie/ nuklear-medizinische Untersuchungen oder Ultraschalluntersuchungen) und/oder andere apparative Untersuchungen wegen der Beschwerden/ Erkrankungen durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann?

7. Sind **in den letzten 10 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann?

8. 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