

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Unfallverletzungen

1. Zeitpunkt des Unfalls:	Datum _ _ . _ _ . _ _ _ _ Uhrzeit _____
2. Welche Verletzungen zogen Sie sich beim Unfall zu und welches Körperteil/welche Körperteile waren betroffen?	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig (Befund bitte beifügen)
3. Haben Sie aufgrund der Verletzung/der Beschwerden 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)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, 1.) Name und Anschrift der Ärzte/Therapeuten: erstmals aufgesucht am: _ _ . _ _ . _ _ _ _ zuletzt aufgesucht am: _ _ . _ _ . _ _ _ _ 2.) Name und Anschrift der Ärzte/Therapeuten: erstmals aufgesucht am: _ _ . _ _ . _ _ _ _ zuletzt aufgesucht am: _ _ . _ _ . _ _ _ _

Stand 11.2012

<p>4. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie, Szintigraphie/nuklearmedizinische Untersuchung oder Ultraschalluntersuchung) 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>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>5. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und wann?</p> <p>Wo? (Name und Anschrift der Ärzte/des Krankenhauses)</p> <p>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>6. Waren aufgrund der Beschwerden/der Verletzung 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>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>7. Wie wurde/wird ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung _____</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzmittel Medikamentenname: _____ von _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Medikamente Medikamentenname: _____ von : _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ Medikamentenname: _____ von : _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____</p>

<p>(Fortsetzung Frage 7)</p>	<p><input type="checkbox"/> Krankengymnastik</p> <p>von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft wöchentlich? _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Massagen</p> <p>von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft wöchentlich? _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Akupunktur/Schmerztherapien</p> <p>von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft wöchentlich? _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> andere Therapien</p> <p>Welche? _____</p> <p>von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft wöchentlich? _____</p>
<p>8. Sind Folgen der Verletzung verblieben (z.B. Schmerzen, Gefühlsstörungen, Funktionsstörungen, Bewegungseinschränkungen, Belastungsminderungen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> <p>In welchen Abständen?</p> <p>Wann zuletzt? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>9. Gibt es Auslöser für die Beschwerden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>10. Haben die Beschwerden/ Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Falls ja, zu welchen?</p>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

<p>11. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? _____ mal</p> <p>von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p>
<p>12. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Einlagen, spezielle Schuhe oder einen Stock?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>13. 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>14. Sind Sie in Ihrem Beruf körperlich tätig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, beschreiben Sie Ihre derzeitige Tätigkeit und einen typischen Arbeitstag:</p>
<p>15. Wie viele Stunden pro Tag stehen oder gehen sie durchschnittlich?</p>	
<p>16. Müssen sie regelmäßig schwer (mehr als 10 kg) heben oder tragen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Gegenstände werden bewegt?</p> <p>Wie viel kg wiegen die Lasten?</p> <p>Wie oft müssen die Lasten pro Tag durchschnittlich bewegt werden?</p>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

17. 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