

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

\_\_\_\_\_  
Postfach 1660  
61406 Oberursel

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Versicherungs-Nr.:** \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zum Übergewicht

1. Aktuelle Körpergröße? \_\_\_\_\_ cm (ohne Schuhe)

2. Aktuelles Körpergewicht? \_\_\_\_\_ kg (ohne Kleidung)

3. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren verändert?  nein  ja

Falls ja, Gewichtszunahme?  nein  ja

Gewichtsabnahme?  nein  ja

Wie viele kg in welchem Zeitraum? \_\_\_\_\_

4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer Ess- oder Verdauungsstörung Medikamente ohne ärztliche Verordnung eingenommen (z.B. Abführmittel, Appetitzügler)?  nein  ja

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Wann jeweils? \_\_\_\_\_

5. Wurden in den letzten 5 Jahren Blutdruckwerte über 140/90 mmHg gemessen?  nein  ja

Falls ja, wie hoch war er bei den letzten Messungen?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ wann gemessen?  ohne Medikation  mit Medikation

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ wann gemessen?  ohne Medikation  mit Medikation

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ wann gemessen?  ohne Medikation  mit Medikation

Von wem gemessen? (ggf. Name und Anschrift des Arztes)

---

---

---

6. Nur bei Antragstellerinnen: Haben Sie regelmäßige Monatsblutungen (Menstruation)?  nein  ja

7. Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Stoffwechselstörung (z.B. Cholesterin-, Triglycerid-, Zucker-, Harnsäureerhöhung oder Hormonstörung) festgestellt?  nein  ja

Falls ja, bitte nähere Angaben hierzu:

---

---

---

8. Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Leberwerterhöhung oder Lebererkrankung (z.B. Fettleber) festgestellt?  nein  ja

Falls ja, bitte nähere Angaben hierzu:

---

---

---

9. Wurde oder wird bei Ihnen eine Psychotherapie (z.B. Gesprächs- oder Verhaltenstherapie) durchgeführt oder ist eine solche geplant?  nein  ja

Falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|

Name und Anschrift des Arztes/Therapeuten:

---

---

---

10. Rauchen Sie, oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?  nein  ja

Falls ja, was? \_\_\_\_\_

Wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Bei Exrauchern, bis wann? \_\_\_\_\_

11. Waren in den letzten 15 Jahren stationäre Krankenhausbehandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen (Kuren, Anschlussheilbehandlungen) nötig?

**Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, warum und wann?

---

---

Wo? (Name und Anschrift des Krankenhauses/der Einrichtung):

---

---

---

12. Waren Sie schon länger als 6 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?

nein  ja

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_

Wie lange? \_\_\_\_\_

Wegen welcher Erkrankung?

---

---

---

13. Haben Sie aufgrund von Gewichtsproblemen, Gewichtsänderungen oder einer Essstörung Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?

**(Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und, falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler. Gegebenenfalls bitte Beiblatt benutzen.)**

nein  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:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

14. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung / die Beschwerden 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 Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x