

Absender:

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Infektionskrankheiten

<p>1. Welche Infektionskrankheit besteht oder bestand?</p>	
<p>2. Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann erstmals? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wann zuletzt? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Welche Beschwerden, in welchen Abständen? </p>
<p>3. Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten 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)</p>	<p> <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: _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p>

<p>4. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie, oder Ultraschalluntersuchungen) diesbezüglich durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Untersuchungen und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes/der Einrichtung)</p> <p>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>5. Wurden Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen, Antikörperbestimmungen, Wundabstriche, Untersuchungen des Erregers [Art der Viren, Bakterien, Pilze, andere Krankheitserreger]) durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Untersuchungen und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes/der Einrichtung)</p> <p>(Ergebnis bitte beifügen)</p>
<p>6. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Komplikationen und wann?</p>
<p>7. Waren aufgrund der Beschwerden/ der Erkrankung 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>Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung</p>

<p>8. Wie wurde/wird ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Medikament Medikamentenname: _____ von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> weitere Medikamente Medikamentenname: _____ von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p>Medikamentenname: _____ von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Therapien Welche? _____ von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft wöchentlich? _____</p>
<p>9. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Verbleiben der Erreger im Körper, Infektiosität, Belastungseinschränkungen, Infektanfälligkeit)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>10. Haben die Folgen der Erkrankung 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>11. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? _____ mal von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

<p>12. 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>13. Erfolgt Nachuntersuchungen oder sind solche in Zukunft vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Tests oder Untersuchungen?</p> <p>Wann war die letzte Kontrolle? _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p>
<p>14. 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>