

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Erkrankungen der Atmungsorgane (1.1)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhlen-erkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren?**

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Atemnotanfälle, ständige Kurzatmigkeit, Husten auch außerhalb von Erkältungen, häufige Atemwegsinfektionen, blutiger Auswurf, Minderung der körperlichen Belastbarkeit, Heiserkeit, Stimmstörungen, Schluckstörungen, Schmerzen, eitriger Ausfluss)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, wann erstmals?

Wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

☐ bei der Arbeit ☐ ganzjährig
☐ bei Pollenkontakt ☐ saisonal
☐ bei körperlicher Anstrengung ☐ sonstiges

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

(Bitte alle Behandlungen der letzten 3 Jahre angeben und die erste Behandlung, auch wenn sich diese außerhalb dieses Zeitraums befindet. Bitte ggf. Beiblatt benutzen.)

☐ nein ☐ ja

erstmals aufgesucht am: ... zuletzt aufgesucht am: ...

erstmals aufgesucht am: ... zuletzt aufgesucht am: ...

5. Wurde **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen eine Lungenfunktionsuntersuchung, eine Blutgasanalyse, eine Schlaflaboruntersuchung, eine Spiegelung oder endoskopische Untersuchung des Kehlkopfs, der Nasennebenhöhlen oder des Nasen-Rachenraums durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**

☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann? ...

6. Welche Medikamente (Name) werden wie oft im Jahr / Monat / Woche eingenommen?

Wann zuletzt?

7. Welche Behandlungen werden durchgeführt?

☐ Desensibilisierung Gegen welche Allergen?

von: ... bis: ...

erfolgreich?

☐ Sauerstofftherapie seit wann? ...

☐ nächtliche Maskenbeatmung seit wann? ...

regelmäßig bis heute? ☐ ja ☐ nein

Falls nein, Abbruchgrund:

☐ andere Therapien Welche?

von: ... bis: ...

Wie oft wöchentlich?

8. Sind **in den letzten 5 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten (z.B. akute Krankenhaus-einweisung, Notarztbehandlung)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche Komplikationen?

Wann? ...

9. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerde n/ Erkrankungen arbeitsunfähig? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: | | | | . | | | | . | | | | |

bis: | | | | . | | | | . | | | | |

von: | | | | . | | | | . | | | | |

bis: | | | | . | | | | . | | | | |

10. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT], Szintigraphie/ nuklear-medizinische Untersuchungen oder Ultraschalluntersuchungen) wegen der Beschwerden/ Erkrankungen durchgeführt?

☐ nein ☐ ja

Befunde bitte beifügen!

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann? | | | | . | | | | . | | | | |

11. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen oder Bronchoskopien (Lungenspiegelungen) durchgeführt worden oder vorgesehen?

☐ nein ☐ ja

Befunde bitte beifügen!

Falls ja, welche?

Wann? | | | | . | | | | . | | | | |

12. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus/ stationäre Rehabilitationsmaßnahmen/ Kuren notwendig?

☐ nein ☐ ja

Befunde bitte beifügen!

Falls ja, welche?

Wann? | | | | . | | | | . | | | | |

13. Gibt es Stoffe, auf die Sie allergisch reagieren (z.B. Schimmelsporen, Pollen, Nahrungsmittel, Chemikalien, bestimmte Arbeitsmittel)? **Allergiepass bitte in Kopie beifügen!**

☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

14. Sind Folgen der Erkrankungen/ Unfälle/ Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Belastungseinschränkungen, Infektanfälligkeit, häufige Luftnot, Entfernung eines Teils der Lunge oder des Kehlkopfs, Stimm- oder Schluckstörungen, Druckausgleichsstörungen, Tagesmüdigkeit)? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

15. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

