

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Erkrankungen der Ohren (1.7)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus] Entzündungen, Schmerzen, eitriger Ausfluss, andere Gleichgewichtsstörungen) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren?**

Wann erstmals?

____.____.____

Wann zuletzt?

____.____.____

2. Bestehen oder bestanden die Beschwerden / Erkrankungen

- ☐ beidseitig?
☐ nur links?
☐ nur rechts?

3. Bestehen oder bestanden die Beschwerden / Erkrankungen

- ☐ einmalig?
☐ mehrfach auftretend?

Wann? ____.____.____

Wie oft? _____

☐ keine Behandlung	
☐ medikamentös	Medikamentenname: _____ von: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ wie oft täglich? _____
☐ weitere Medikamente	Medikamentenname: _____ von: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ wie oft täglich? _____ Medikamentenname: _____ von: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ wie oft täglich? _____
☐ Salben / Cremes	Medikamentenname: _____ von: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ wie oft täglich? _____
☐ Bestrahlung	Medikamentenname: _____ von: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ wie oft wöchentlich? _____
☐ andere Therapien	Welche? _____ von: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ wie oft wöchentlich? _____

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: **

von: **

bis: **

bis: **

Befunde bitte beifügen! ☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

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

7. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT]) wegen der Beschwerden / Erkrankungen durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**

☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

Wann zuletzt?

8. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!**

☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

Wann?

9. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? **Befunde bitte beifügen!**

☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

Wann zuletzt?

10. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Hörstörungen, Tinnitus [Ohrgeräusche], Schmerzen, Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen, Druckausgleichsstörungen, Infektanfälligkeit)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?^

11. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Hörgeräte, Tinnitus Noiser oder ein Cochleaimplantat?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

12. Bestehen in Ihrem Beruf besondere Anforderungen an das Hörvermögen und/oder das Sprachverständnis und/oder an Schwindelfreiheit und den Gleichgewichtssinn?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

13. 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)

