

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Infektionserkrankungen (1.13)

1. Welche Infektionskrankheiten (länger als 3 Wochen anhaltend oder mehr als 3 Mal in 12 Monaten) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Schmerzen, Fieber, körperliche Schwäche)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, wann erstmals? _____._____._____

Wann zuletzt? _____._____._____

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. 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: _____._____._____

4. Wurden **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen, Antikörperbestimmungen, Wundabstriche, Untersuchungen zur Art des Erregers [Viren, Bakterien, Pilze, andere Krankheitserreger]) festgestellt? **Befunde bitte beifügen!**

☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

□□.□□.□□□□

5. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen **in den letzten 3 Jahren** behandelt?

☐ keine Behandlung

☐ Antibiotikum

Medikamentenname: _____

von: □□.□□.□□□□

bis: □□.□□.□□□□

wie oft täglich? _____

☐ weitere Medikamente

Medikamentenname: _____

von: □□.□□.□□□□

bis: □□.□□.□□□□

wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

von: □□.□□.□□□□

bis: □□.□□.□□□□

wie oft wöchentlich? _____

☐ andere Therapien

Welche? _____

von: □□.□□.□□□□

bis: □□.□□.□□□□

wie oft wöchentlich? _____

6. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen arbeitsunfähig?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: □□.□□.□□□□

bis: □□.□□.□□□□

von: □□.□□.□□□□

bis: □□.□□.□□□□

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

☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

□□.□□.□□□□

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 zurückgeblieben (z.B. Verbleiben der Erreger im Körper, Infektiosität, Belastungseinschränkungen, Erschöpfungszustände, Infektanfälligkeit)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

11. 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)

x