

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Hals-, Nasen und Rachenerkrankungen

1. An welchen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen des Kehlkopfs, der Mundhöhle, der Nase, der Nasennebenhöhlen (z.B. Stirnhöhle) leiden oder litten Sie?	
2. Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Heiserkeit, Stimmstörungen, Entzündungen, Schluckstörungen, Schmerzen, eitriger Ausfluss)?	<p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja Falls ja, wann erstmals? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>wann zuletzt? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Welche Beschwerden, in welchen Abständen?</p>
3. Gibt es Auslöser für die Beschwerden?	<p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja Falls ja, welche?</p>

<p>4. 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="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja,</p> <p>1.) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:</p> <p>erstmals aufgesucht am: _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>zuletzt aufgesucht am: _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>2.) Name und Anschrift der Ärzte/Therapeuten:</p> <p>erstmals aufgesucht am: _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>zuletzt aufgesucht am: _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>5. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie, Ultraschalluntersuchung) diesbezüglich durchgeführt?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche Untersuchung und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung)</p> <p>(Falls vorhanden, Befund bitte beifügen)</p>
<p>6. Wurden eine Spiegelung oder endoskopische Untersuchung des Kehlkopfs, der Nasennebenhöhlen, oder des Nasen-Rachenraums durchgeführt?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche Untersuchung und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung)</p> <p>(Ergebnis bitte beifügen)</p>
<p>7. Auf welche Ursache ist das Leiden zurückzuführen?</p>	
<p>8. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche und wann?</p>
<p>9. Bestehen oder bestanden Erkrankung(en) oder Beschwerden:</p>	<p><input type="radio"/> beidseitig? <input type="radio"/> nur links? <input type="radio"/> nur rechts?</p> <p><input type="radio"/> nicht genau zu lokalisieren</p>

<p>10. Bestehen / besteht oder bestanden Erkrankung(en) oder Beschwerde(n):</p>	<p><input type="radio"/> einmalig? wann? _____</p> <p><input type="radio"/> mehrfach auftretend? wie oft? _____ mal</p> <p><input type="radio"/> saisonal? wann? _____</p> <p><input type="radio"/> ganzjährig?</p>
<p>11. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?</p>	<p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja Falls ja, welche?</p> <p> Wann?</p> <p>(Nennen Sie bitte Name und Anschrift der Ärzte/der Krankenhäuser)</p>
<p>12. Waren aufgrund der Beschwerden/ der Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?</p>	<p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja Falls ja, welche?</p> <p> Wann?</p> <p>(Nennen Sie bitte Name und Anschrift der Ärzte/der Krankenhäuser)</p> <p>(Berichte bitte beifügen)</p>
<p>13. Wie wurde ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="radio"/> Keine Behandlung</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> Tabletten</p> <p>Medikamentenname: _____</p> <p>von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft täglich? _____</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> weitere Tabletten</p> <p>Medikamentenname: _____</p> <p>von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft täglich? _____</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> Salben / Cremes</p> <p>Medikamentenname: _____</p> <p>von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft täglich? _____</p>

<p>(Fortsetzung Frage 13)</p>	<p><input type="radio"/> Inhalationen Medikamentenname: _____ von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="radio"/> Bestrahlung Art der Bestrahlung: _____ von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft wöchentlich? _____ _____</p> <p><input type="radio"/> Desensibilisierung gegen welches Allergen?: _____ von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ Erfolgreich? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____</p> <p><input type="radio"/> andere Therapien Welche?: _____ von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft wöchentlich? _____ _____</p>
<p>14. Waren Sie wegen der Erkrankung arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, wie oft? _____ mal von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>15. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Stimm-, Schluckstörungen, Schmerzen, Druckausgleichsstörungen, Infektanfälligkeit)?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>16. Haben die Beschwerden/ Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, zu welchen?</p>
<p>17. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Inhalationsgeräte, Nasenduschen?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>18. Haben Sie beruflich Kontakt mit Stoffen, gegen die Sie allergisch sind?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, mit welchen?</p>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

<p>19. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, empfohlene Tätigkeit:</p>
<p>20. Wie groß (ca.-Angabe in Prozent) ist der beruflich bedingte Reiseanteil bei Ihrer Tätigkeit?</p>	<p>ca. _____ %, davon anteilig: PKW, Bahn ca. _____ % Flugzeug ca. _____ %</p>
<p>21. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, was? _____ Wie viel pro Tag? _____ Seit wann? _____ Bei Exrauchern: Bis wann? _____</p>
<p>22. 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>