

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Ohren- und Gleichgewichtsorganerkrankungen

<p>1. An welchen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen der Ohren (z.B. Gehörgang, Mittelohr, Innenohr, Gehör) oder des Gleichgewichtsorgans leiden oder litten Sie?</p>	
<p>2. Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Entzündungen, Schmerzen, eitriger Ausfluss, Ohrgeräusche (Tinnitus), Schwindel, andere Gleichgewichtsstörungen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann erstmals? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ wann zuletzt? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Welche Beschwerden, in welchen Abständen?</p>
<p>3. Gibt es Auslöser für die Beschwerden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>

Stand 03-2014

<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="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Untersuchung und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung)</p> <p>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>6. Wurde eine Spiegelung oder endoskopische Untersuchung der Ohren durchgeführt oder das Hörvermögen (z.B. Audiogramm/ Hörmesskurve) oder der Gleichgewichtssinn untersucht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und wann?</p>
<p>9. Bestehen oder bestanden Erkrankung(en) oder Beschwerden:</p>	<p><input type="checkbox"/> beidseitig? <input type="checkbox"/> nur links? <input type="checkbox"/> nur rechts?</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genau zu lokalisieren</p>

<p>10. Bestehen / besteht oder bestanden Erkrankung(en) oder Beschwerde(n):</p>	<p><input type="checkbox"/> einmalig? wann? _____</p> <p><input type="checkbox"/> mehrfach auftretend? wie oft? _____ mal</p> <p><input type="checkbox"/> saisonal? wann? _____</p> <p><input type="checkbox"/> ganzjährig?</p>
<p>11. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> <p> Wann?</p> <p>(Nennen Sie bitte Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung)</p> <p>(Berichte bitte beifügen)</p>
<p>13. Wie wurde ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Tabletten</p> <p>Medikamentenname: _____</p> <p>von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft täglich? _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> weitere Tabletten</p> <p>Medikamentenname: _____</p> <p>von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft täglich? _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Salben / Cremes</p> <p>Medikamentenname: _____</p> <p>von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft täglich? _____</p>

<p>(Fortsetzung Frage 13)</p>	<p><input type="checkbox"/> Bestrahlung Art der Bestrahlung: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft wöchentlich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Desensibilisierung gegen welches Allergen?: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Erfolgreich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Therapien Welche?: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft wöchentlich? _____</p>
<p>14. Waren Sie wegen der Erkrankung arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? _____ mal von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p>
<p>15. Bestehen nach wie vor Hörstörungen oder Ohrgeräusche (Tinnitus)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche (bitte beschreiben)?</p>
<p>16. Sind andere Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Schmerzen, Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen, Druckausgleichsstörungen, Infektanfälligkeit)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>17. Haben die Beschwerden/ Funktionseinschränkungen 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>18. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Hörgeräte?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>19. 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>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

20. Bestehen in Ihrem Beruf besondere Ansprüche an das Hörvermögen und/oder das Sprachverständnis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, beschreiben Sie bitte die näheren Umstände:
21. Führen Sie auch Arbeiten in großer Höhe oder mit Absturzgefahr aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, beschreiben Sie bitte die näheren Umstände:
22. Bestand/besteht in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder) eine der vorgenannten Erkrankungen? (Bitte nur Art und Anzahl der Erkrankungen nennen, nicht die betroffenen Personen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Erkrankung?
23. 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 der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die der gesetzlichen Vertreter