

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Beschwerden und Erkrankungen im Kopfbereich

<p>1. Leiden oder litten Sie unter mehr als einmal im Monat auftretenden oder länger als 6 Stunden anhaltenden Kopfschmerzen?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, wann erstmals? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wann zuletzt? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft im Jahr? _____ mal Wie lange halten die Schmerzen an?</p>
<p>2. Falls Kopfschmerzen auftreten: Bestehen dabei oder danach weitere Beschwerden wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen, Gefühlsstörungen, Lähmungen?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>3. Leiden oder litten Sie unter Schwindelzuständen?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, wann erstmals? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wann zuletzt? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft im Jahr? _____ mal</p>
<p>4. Leiden oder litten Sie unter Ohnmachten oder Krampfanfällen?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, wann erstmals? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wann zuletzt? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft im Jahr? _____ mal</p>

<p>5. Leiden oder litten Sie unter Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, seit wann? Welcher Art? Ist eine Ursache bekannt?</p>
<p>6. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren unter Reizbarkeitszuständen oder Verstimmungen?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, wann erstmals? _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wann zuletzt? _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft im Jahr? _____ mal</p>
<p>7. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren unter Erschöpfungszuständen oder Schlafstörungen?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, wann erstmals? _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wann zuletzt? _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft im Monat? _____ mal</p>
<p>8. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>9. 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, 1.) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten: erstmals aufgesucht am: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ zuletzt aufgesucht am: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ 2.) Name und Anschrift der Ärzte/Therapeuten: erstmals aufgesucht am: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ zuletzt aufgesucht am: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>10. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie, Szintigraphie / nuklearmedizinische Untersuchungen oder Ultraschalluntersuchungen) diesbezüglich durchgeführt?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche Untersuchungen und wann? Von wem? (Name und Anschrift des Arztes/der Einrichtung) (Befund bitte beifügen)</p>

<p>11. Wurden Elektroenzephalogramme (EEG), testpsychologische Untersuchungen oder andere Hirnleistungstests durchgeführt?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche Untersuchungen und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung)</p> <p>(Ergebnis bitte beifügen)</p>
<p>12. Wie bezeichnete der Arzt / der Therapeut das Leiden?</p>	
<p>13. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche Komplikationen und wann?</p>
<p>14. Waren aufgrund der Beschwerden/ der Erkrankung Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung)</p> <p>(Bericht bitte beifügen)</p>
<p>15. Wie wurde/wird ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="radio"/> Keine Behandlung _____</p> <p><input type="radio"/> Medikament Medikamentenname: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="radio"/> weitere Medikamente Medikamentenname: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p>Medikamentenname: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ Wie oft täglich? _____</p>

<p>(Fortsetzung Frage 15)</p>	<p><input type="radio"/> andere Therapien Welche? _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft wöchentlich? _____</p> <p><input type="radio"/> Psychotherapie / Verhaltenstherapie / Gesprächstherapie von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft wöchentlich? _____</p> <p><input type="radio"/> andere Therapien Welche? _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft wöchentlich? _____</p>
<p>16. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Schädel- oder Gehirnschäden, Schwindel, Belastungseinschränkungen, Schlafstörungen, Angstzustände)?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>17. 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>18. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, wie oft? _____ mal von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </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="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, empfohlene Tätigkeit:</p>
<p>20. Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen psychischen Belastungen oder Stress ausgesetzt?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, bitte beschreiben Sie die näheren Umstände</p>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

21. 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