

<p>9. Wie wird oder wurde die Erkrankung behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamente</p> <p>Medikamentenname: _____</p> <p>von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ </p> <p>Wie oft täglich? _____</p> <p>Medikamentenname: _____</p> <p>von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ </p> <p>Wie oft täglich? _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Verödung der Venen Wann? _ _ . _ _ . _ _ _ _ </p> <p>Erfolgreich? <input type="checkbox"/> nein</p> <p> <input type="checkbox"/> ja</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Stützstrümpfe</p> <p>Kompressionsklasse: _____</p> <p>von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Therapien</p> <p>Welche? _____</p> <p>von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft wöchentlich? _____</p>
<p>10. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Schmerzen, Schwellungsneigung, Geschwüre)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>11. Wie viele Stunden pro Tag stehen oder gehen sie durchschnittlich?</p>	
<p>12. Haben die Beschwerden/ Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Falls ja, zu welchen?</p>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

<p>13. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? _____ mal</p> <p>von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p>
<p>14. 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>
<p>15. 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 Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die der gesetzlichen Vertreter</p>	
<p> </p>	<p> </p>