

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zum Übergewicht

1. Aktuelle Körpergröße? _____ cm (ohne Schuhe)

2. Aktuelles Körpergewicht? _____ kg (ohne Kleidung)

3. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren verändert? nein ja

Falls ja, Gewichtszunahme? nein ja

Gewichtsabnahme? nein ja

Wie viele kg in welchem Zeitraum? _____

4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer Ess- oder Verdauungsstörung Medikamente ohne ärztliche Verordnung eingenommen (z.B. Abführmittel, Appetitzügler)? nein ja

Falls ja, welche? _____

Wann jeweils? _____

5. Wurden in den letzten 5 Jahren Blutdruckwerte über 140/90 mmHg gemessen? nein ja

Falls ja, wie hoch war er bei den letzten Messungen?

____ / ____ wann gemessen? ohne Medikation mit Medikation

____ / ____ wann gemessen? ohne Medikation mit Medikation

____ / ____ wann gemessen? ohne Medikation mit Medikation

Von wem gemessen? (ggf. Name und Anschrift des Arztes)

6. Nur bei Antragstellerinnen: Haben Sie regelmäßige Monatsblutungen (Menstruation)? nein ja

7. Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Stoffwechselstörung (z.B. Cholesterin-, Triglycerid-, Zucker-, Harnsäureerhöhung oder Hormonstörung) festgestellt? nein ja

Falls ja, bitte nähere Angaben hierzu:

8. Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Leberwerterhöhung oder Lebererkrankung (z.B. Fettleber) festgestellt? nein ja

Falls ja, bitte nähere Angaben hierzu:

9. Wurde oder wird bei Ihnen eine Psychotherapie (z.B. Gesprächs- oder Verhaltenstherapie) durchgeführt oder ist eine solche geplant? nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

Name und Anschrift des Arztes/Therapeuten:

10. Rauchen Sie, oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht? nein ja

Falls ja, was? _____

Wie viel pro Tag? _____ Seit wann? _____

Bei Exrauchern, bis wann? _____

14. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung / die Beschwerden 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 Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x