





<p>8. Auf welche Ursache ist das Leiden zurückzuführen?</p>	
<p>9. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Komplikationen und wann?</p>
<p>10. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren geändert?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, haben Sie zugenommen oder abgenommen?</p> <p>Wie viele kg in welchem Zeitraum?</p>
<p>11. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, was? _____</p> <p>Wie viel pro Tag? _____</p> <p>Seit wann?  _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Bei Extrauchern: Bis wann?  _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p>
<p>12. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses)</p>
<p>13. Waren aufgrund der Beschwerden/ der Erkrankung Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und wann?</p> <p>Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:</p> <p>(Befunde bitte beilegen)</p>

14. Wie wurde/wird ansonsten  
behandelt?

Keine Behandlung

Blutdruckmittel

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Wie oft täglich? \_\_\_\_\_

2. Blutdruckmittel

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Mittel gegen  
Herzrasen / Herzstolpern

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Mittel zur "Blutverdünnung"

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Wie oft täglich? \_\_\_\_\_

andere Medikamente

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Herz- Kreislauftraining

von : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

Lymphdrainagen

von : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis : |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_



<p>20. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?</p>	<p>Name und Anschrift des Arztes</p>
<p><b>Entbindung von der Schweigepflicht</b></p> <p>Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos benötigt die ALTE LEIPZIGER personenbezogene Daten von mir. Die Verwendung (= Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig. Im nachfolgenden Fall ist allerdings <b>meine Einwilligung</b> erforderlich:</p> <p>Die ALTE LEIPZIGER überprüft meine gemachten Angaben über meinen Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich <b>die hier von mir genannten</b> Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Die ALTE LEIPZIGER bzw. die Mitarbeiter des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an sie beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.</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 des gesetzlichen Vertreters</p>