

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Schilddrüsenerkrankungen

<p>1. Seit wann besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung?</p>	
<p>2. An welcher / n Erkrankung(en) oder Funktionsstörung(en) der Schilddrüse leiden oder litten Sie?</p>	<p><input type="checkbox"/> Überfunktion der Schilddrüse (Hyperthyreose, Morbus Basedow)</p> <p><input type="checkbox"/> Unterfunktion der Schilddrüse (Hypothyreose)</p> <p><input type="checkbox"/> Schilddrüsenvergrößerung (Struma/Kropf/Drüsenanschwellung)</p> <p><input type="checkbox"/> gutartiger Schilddrüsentumor</p> <p><input type="checkbox"/> bösartiger Schilddrüsentumor genaue Bezeichnung: _____</p>
<p>3. Welche Untersuchung(en) wurde(n) bei Ihnen aufgrund der Erkrankungen / Beschwerden durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Schilddrüsenhormonbestimmung</p> <p>Wann? _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Ergebnis: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonographie/Ultraschall</p> <p>Wann? _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Ergebnis: _____</p>



5. Ist eine Operation durchgeführt worden oder vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann und wo?
6. Wird zurzeit eine Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Name und Anschrift des Arztes / Therapeuten
7. Wann wurde zuletzt wegen der Erkrankung eine ärztliche Behandlung / Beratung in Anspruch genommen?	Datum: _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Name und Anschrift des behandelnden Arztes:
8. Waren Krankenhausaufenthalte notwendig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, wann? Name und Anschrift des Krankenhauses:
9. Wurden Kuren bzw. Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann Name und Anschrift des Krankenhauses:
10. Haben Ihre Schilddrüsenerkrankung Folgen oder Beschwerden hinterlassen?	<input type="checkbox"/> nein, keine Folgen / Beschwerden seit: <input type="checkbox"/> ja Falls ja, Folgen / Beschwerden (bitte genaue Angaben): Bei welchen Belastungen / Tätigkeiten treten Beschwerden / Beeinträchtigungen auf?

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

<p>11. Leiden oder litten Sie an schilddrüsenbedingten Erkrankungen der Augen</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche, wann, wie behandelt?</p>
<p>12. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Verbindung mit Ihrer Schilddrüsen-erkrankung 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>13. Wurde Ihnen in Verbindung mit Ihrer Erkrankung / Ihren Beschwerden ein Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel angeraten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, empfohlene Tätigkeit:</p>
<p>Entbindung von der Schweigepflicht</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 meine Einwilligung 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 die hier von mir genannten 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>