

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Augenerkrankungen (1.6)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Augen (auch Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkungen, Laserbehandlung) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. unscharfes Sehen, Augenzittern, Schielen, Doppelbildwahrnehmung, Gesichtsfeldeinschränkung, Störungen des Dämmerungssehens [Nachtblindheit] oder des Farbsinns, Wahrnehmung von Lichtblitzen oder Schatten im Auge, Blendungsempfindlichkeit, Schmerzen)?

nein ja

Falls ja, wann erstmals?

Wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Sind die Beschwerden / Erkrankungen

- angeboren?
 Folge einer anderen Erkrankung? Welcher? _____
 unfallbedingt?
 sonstiger Ursache? Welcher? _____

4. Bestehen oder bestanden die Augenerkrankungen oder Seheinschränkungen ein- oder beidseitig?

- beidseitig nur links nur rechts

5. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (**Bitte alle Behandler der letzten 3 Jahre angeben und die erste Behandlung dort, auch wenn außerhalb dieses Zeitraums. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler.**)

nein 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:

6. Welche Untersuchungen wurden aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen bei Ihnen **in den letzten 3 Jahren** durchgeführt?

- Untersuchung der Sehschärfe Wann?
- mit Korrektur besteht die volle Sehschärfe beidseitig
 mit Korrektur besteht die volle Sehschärfe nur links
 mit Korrektur besteht die volle Sehschärfe nur rechts
 trotz Korrektur besteht keine volle Sehschärfe beidseitig
- Messung des Augeninnendrucks Wann?
- Ergebnis: _____
- Untersuchung des Gesichtsfeldes Wann?
- Ergebnis: _____
- Untersuchung des Augenhintergrundes Wann?
- Ergebnis: _____
- andere augenärztliche Untersuchung Wann?
- Ergebnis: _____
- keine augenärztliche Untersuchung

7. Wurden **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen, Antikörperbestimmungen, Abstrich- oder Sekretuntersuchungen) festgestellt?

nein ja

Befunde bitte beifügen!

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

□□□.□□□.□□□□□□

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

8. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen **in den letzten 3 Jahren** behandelt?

keine Behandlung

Augentropfen

Medikamentenname: _____

von: □□□.□□□.□□□□□□ bis: □□□.□□□.□□□□□□

wie oft täglich? _____

weitere Medikamente

Medikamentenname: _____

von: □□□.□□□.□□□□□□ bis: □□□.□□□.□□□□□□

wie oft täglich? _____

andere Therapien /

Behandlungen

Medikamentenname: _____

von: □□□.□□□.□□□□□□ bis: □□□.□□□.□□□□□□

wie oft wöchentlich? _____

9. Sind **in den letzten 5 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten (z.B. akute Krankenhauseinweisung, Notarztbehandlung)?

nein ja

Falls ja, welche Komplikationen?

Wann?

□□□.□□□.□□□□□□

10. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen arbeitsunfähig? nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: □□□.□□□.□□□□□□

bis: □□□.□□□.□□□□□□

von: □□□.□□□.□□□□□□

bis: □□□.□□□.□□□□□□

11. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT], optische Augenhintergrund- oder Schichtaufnahmen, Ultraschalluntersuchungen) wegen der Beschwerden / Erkrankungen durchgeführt?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses:

12. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche?

Wann zuletzt?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses:

13. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche?

Wann zuletzt?

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

14. Sind aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig? nein ja

Falls ja, welche?

In welchen Abständen?

Wann zuletzt?

15. Falls ein Sehfehler besteht: Wird eine Brille und / oder werden Kontaktlinsen getragen? nein ja
Bitte Brillenpass in Kopie beifügen, falls vorhanden!

Dioptrien rechts: _____ links: _____

Wie hat sich die Stärke der zum Ausgleich des Sehfehlers benötigten Sehhilfen (Brille / Kontaktlinsen) in den letzten 5 Jahren geändert?

16. Sind Laserbehandlungen der Augen durchgeführt worden oder vorgesehen? nein ja
Befunde bitte beifügen!

Falls ja, wann?

Laserbehandlung der

- der Netzhaut (Augenhintergrund)
- der Hornhaut (Korrektur eines Sehfehlers, z.B. LASIK)

beidseitig nur links nur rechts

Dioptrienzahl vor der Laserbehandlung: rechts: _____ links: _____

Von wem? Name und Anschrift des Arztes/ der Einrichtung:

17. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Sehstörungen trotz Korrektur mit Brille oder Kontaktlinsen, Kopfschmerzen bei hoher Sehanforderung, eingeschränktes Lesevermögen)? nein ja

Falls ja, welche?

18. Haben die Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt? nein ja

Falls ja, zu welchen?

19. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Lupen oder spezielle Sehhilfen? nein ja

Falls ja, welche?

20. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten? nein ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

21. Werden in der Ausübung Ihres Berufes besondere Anforderungen an das Sehvermögen gestellt? nein ja

Falls ja, bitte beschreiben Sie die näheren Umstände:

22. Benutzen Sie einen Computer? nein ja

Falls ja, wie viele Stunden pro Tag durchschnittlich? _____

23. 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 zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)