

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____
Zu versichernde Person: _____
Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Drogenkonsum (4)

1. Welche Drogen / welche Substanzen haben Sie **in den letzten 5 Jahren** zu sich genommen?

2. Wie häufig haben Sie diese Drogen / Substanzen **in den letzten 5 Jahren** konsumiert?

Substanz _____

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

wie oft täglich? _____

Substanz _____

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

wie oft täglich? _____

Substanz _____

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

wie oft täglich? _____

Stand 04.2020

3. Sind Ihnen Auslöser für den Drogenkonsum bekannt/ aufgefallen? nein ja

Falls ja, welche?

4. Sind in dieser Zeit Beschwerden im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum aufgetreten? nein ja

Falls ja, wann erstmals? Wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

5. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / des Drogenkonsums Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (**Bitte alle Behandler der letzten 5 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. Wie werden oder wurden Sie **in den letzten 5 Jahren** diesbezüglich behandelt?

keine Behandlung

medikamentös

Medikamentenname: _____

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

wie oft täglich? _____

weitere Medikamente

Medikamentenname: _____

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

wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

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

wie oft täglich? _____

Substitutionsbehandlung

Medikamentenname: _____

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

wie oft täglich? _____

Psychotherapie/ Verhaltens-
therapie/ Gesprächstherapie

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

Selbsthilfegruppe

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

andere Therapien

Welche? _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

Welche? _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

7. Sind **in den letzten 5 Jahren** aufgrund des Drogenkonsums akut behandlungs-
bedürftige Komplikationen eingetreten (z.B. akute Krankenhauseinweisung,
Notarztbehandlung)?

nein ja

Falls ja, welche Komplikationen?

Wann?

|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

8. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen des Drogenkonsums arbeitsunfähig? nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

9. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund des Drogenkonsums / der Beschwerden Behandlungen in einem Krankenhaus / Entgiftungsbehandlungen / Entwöhnungsbehandlungen / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche?

Wann zuletzt? |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

10. Sind Folgen des Drogenkonsums zurückgeblieben? nein ja

Falls ja, welche?

11. Haben die Folgen des Drogenkonsums zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt? nein ja

Falls ja, zu welchen?

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

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

13. Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen psychischen Belastungen oder Stress ausgesetzt? nein ja

Falls ja, bitte beschreiben Sie die näheren Umstände:

14. Müssen Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit ein Fahrzeug führen?

nein ja

Falls ja, wie oft?

Was für ein Fahrzeug?

15. Ist Ihre Fahrerlaubnis eingeschränkt oder in der Vergangenheit eingeschränkt gewesen?

nein ja

Falls ja, wann?

□□□.□□□.□□□□□□

Wann zuletzt?

□□□.□□□.□□□□□□

16. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?

nein ja

Falls ja, was?

Wie viel pro Tag?

Seit wann?

□□□.□□□.□□□□□□

Bei Extrauchern: Bis wann?

□□□.□□□.□□□□□□

17. Welcher Arzt ist am besten über den Drogenkonsum 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)

x