

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Epilepsie

1. Wie bezeichnete der Arzt/ der Therapeut das Leiden (z.B. Grand-Mal-, Petit-Mal-Epilepsie, Narkolepsie, fokale Anfälle, etc.)?	
2. In welchem Jahr sind die Anfälle zuerst aufgetreten?	. _ _ _ _
3. Wie oft treten die Anfälle im Jahr auf?	
4. Wie lange dauern sie im Allgemeinen an?	
5. Wann treten sie auf?	<input type="checkbox"/> nur bei Tage <input type="checkbox"/> nur bei Nacht / im Schlaf <input type="checkbox"/> zeitunabhängig
6. Wann haben Sie den letzten Anfall gehabt?	
7. Tritt eine Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsstörung bei den Anfällen auf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie lange dauert sie an?

<p>8. Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und, falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja,</p> <p>1.) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:</p> <p>erstmals aufgesucht am: □□□.□□□.□□□□□□</p> <p>zuletzt aufgesucht am: □□□.□□□.□□□□□□</p> <p>2.) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:</p> <p>erstmals aufgesucht am: □□□.□□□.□□□□□□</p> <p>zuletzt aufgesucht am: □□□.□□□.□□□□□□</p>
<p>9. Wurde eine bildgebende Diagnostik (Computertomographie (CT) oder Kernspintomographie (NMR) oder ein EEG (Messung der Hirnströme), diesbezüglich durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Untersuchungen und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung)</p> <p>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>10. Ist eine Ursache für das Leiden bekannt (z.B. angeboren, Unfallfolge, Gehirnentzündung, Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumor)?</p>	
<p>11. Gibt es Auslöser für die Beschwerden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>12. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift der Ärzte / der Krankenhäuser)</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, wann? Welche? Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung)</p>
<p>14. Wie wurde/wird ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medikament Medikamentenname: _____ von : [][] . [][] . [][][][] bis : [][] . [][] . [][][][] Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Medikament Medikamentenname: _____ von : [][] . [][] . [][][][] bis : [][] . [][] . [][][][] Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> weitere Medikamente Medikamentenname: _____ von : [][] . [][] . [][][][] bis : [][] . [][] . [][][][] Wie oft täglich? _____ Medikamentenname: _____ von : [][] . [][] . [][][][] bis : [][] . [][] . [][][][] Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Therapien welche: _____ von : [][] . [][] . [][][][] bis : [][] . [][] . [][][][] Wie oft wöchentlich? _____</p>

<p>15. Haben Sie sich im Anfall schon eine Verletzung zugezogen (Zungenbisse oder andere Verletzungen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>16. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>17. Haben die Beschwerden/ Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, zu welchen?</p>
<p>18. Waren Sie aufgrund der Erkrankung arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? _____ mal</p> <p>von : <input type="text"/>.<input type="text"/>.<input type="text"/>.<input type="text"/> bis : <input type="text"/>.<input type="text"/>.<input type="text"/>.<input type="text"/></p> <p>von : <input type="text"/>.<input type="text"/>.<input type="text"/>.<input type="text"/> bis : <input type="text"/>.<input type="text"/>.<input type="text"/>.<input type="text"/></p>
<p>19. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, empfohlene Tätigkeit?</p>
<p>20. Sind bei Ihrer Tätigkeit Arbeiten mit Absturzgefahr oder an laufenden Maschinen nötig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige Tätigkeit und einen typischen Arbeitstag:</p>
<p>21. Ist bei Ihrer Tätigkeit Schichtarbeit nötig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft?</p> <p>Zu welchen Tageszeiten?</p>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

<p>22. Müssen Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit ein Fahrzeug führen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft?</p> <p>Was für ein Fahrzeug?</p>
<p>23. Ist Ihre Fahrerlaubnis eingeschränkt oder in der Vergangenheit eingeschränkt gewesen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, von wann bis wann?</p> <p>von : <input type="text"/>.<input type="text"/>.<input type="text"/> bis : <input type="text"/>.<input type="text"/>.<input type="text"/></p>
<p>24. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?</p>	<p>Name und Anschrift des Arztes</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 der gesetzlichen Vertreter</p>