

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane (1.3)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Nieren, der Harnwege (auch Blut oder Eiweiß im Urin) oder der Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Schmerzen, Koliken, Beschwerden oder Störungen beim Wasserlassen, Blutungen)? nein ja

Falls ja, wann erstmals? Wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Sind die Beschwerden

angeboren?

Folge einer anderen Erkrankung? Welcher?

unfallbedingt?

sonstiger Ursache? Welcher?

4. 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: ..

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

nein ja

Befunde bitte beifügen!

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann? ..

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

6. Wurde Ihr Blutdruck **in den letzten 3 Jahren** gemessen?

nein ja

Falls ja, wie hoch war er bei den letzten Messungen?

____ / ____ Wann gemessen? .. ohne Medikation mit Medikation

____ / ____ Wann gemessen? .. ohne Medikation mit Medikation

____ / ____ Wann gemessen? .. ohne Medikation mit Medikation

Von wem gemessen (ggf. Name und Anschrift des Arztes)?

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

keine Behandlung

medikamentös

Medikamentenname: _____

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

wie oft täglich? _____

weitere Medikamente

Medikamentenname: _____

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

wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

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

wie oft täglich? _____

Strahlentherapie

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

wie oft wöchentlich? _____

Chemotherapie

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

wie oft wöchentlich? _____

andere Therapien

Welche? _____

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

wie oft wöchentlich? _____

8. Hat sich Ihr Körpergewicht **in den letzten 3 Jahren** geändert?

nein ja

Falls ja, haben Sie zugenommen oder abgenommen?

Wie viele kg in welchem Zeitraum?

9. Sind **in den letzten 5 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen akut
behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten (z.B. akute Krankenhaus-
einweisung, 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 Spiegelung (Endoskopie) im Bereich der Harnwege (Harnröhre, Harnblase, Harnleiter) oder Gebärmutter oder Messungen / Untersuchungen der Blasen- oder Nierenfunktion durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

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

12. Erfolgt **in den letzten 5 Jahren** Gewebsentnahmen (Biopsien) wegen der Beschwerden / Erkrankungen? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

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

13. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Mammografie, Kernspintomographie [MRT], Szintigraphie / nuklearmedizinische Untersuchungen oder Ultraschalluntersuchungen) wegen der Beschwerden / Erkrankungen durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

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

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

Falls ja, welche?

Wann?

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

15. 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?

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

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

Falls ja, welche?

In welchen Abständen?

Wann zuletzt?

17. Wurde eine Niere, ein Teil der Harnwege (Harnröhre, Harnblase, Harnleiter), eine Brustdrüse oder ein Geschlechtsorgan ganz oder teilweise entfernt oder eine Entfernung angeraten? nein ja

Falls ja, welches Organ?

Bei paarigen Organen, auf welcher Seite?

18. Sind andere Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. eingeschränkte Organfunktion, dauerhafte Beschwerden, Defektzustände)? nein ja

Falls ja, welche?

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

Falls ja, zu welchen?

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. Sind vergleichbare Erkrankungen der Nieren, Harnwege, Brustdrüsen oder anderen Geschlechtsorgane bei Verwandten 1. oder 2. Grades aufgetreten? (Bitte nur Art und Anzahl der Erkrankung nennen, nicht die betroffenen Personen.) nein ja

Falls ja, welche?

In welchem Alter jeweils?

22. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht? nein ja

Falls ja, was?

Wie viel pro Tag?

Seit wann?

____.____.____

Bei Extrauchern: bis wann?

____.____.____

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)

x