

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Gehirn- und Nervenerkrankungen (1.12)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden des Gehirns (auch Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Demenz) oder der Nerven (auch Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Kopfschmerzen, Schwindelzustände, Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen, Ohnmachten, Krampfanfälle, Lähmungen, Empfindungsstörungen)?

nein ja

Falls ja, wann erstmals?

Wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden (z.B. körperliche Anstrengung, Stress, Schlafmangel, besondere Umgebungsbedingungen) bekannt / aufgefallen? nein ja

Falls ja, welche?

4. Sind die Beschwerden / Erkrankungen

angeboren?

Folge einer anderen Erkrankung? Welcher? _____

unfallbedingt?

sonstiger Ursache? Welcher? _____

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. Wurden **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen, Antikörperbestimmungen, Untersuchungen zur Art eines Erregers) festgestellt oder Medikamentenspiegelbestimmungen durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann? / /

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

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

keine Behandlung

Schmerzmittel

Medikamentenname: _____

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

wie oft täglich? _____

Antiepileptikum

Medikamentenname: _____

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

wie oft täglich? _____

weitere Medikamente

Medikamentenname: _____

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

wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

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

wie oft täglich? _____

Psychotherapie/Verhaltenstherapie / Gesprächstherapie

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

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

wie oft wöchentlich? _____

Akupunktur / Schmerztherapien

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

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

wie oft wöchentlich? _____

andere Therapien

Welche? _____

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

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

wie oft wöchentlich? _____

8. 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? |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

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

Falls ja, wie oft? _____ mal

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

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

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

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

10. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT]) wegen der Beschwerden/ Erkrankungen durchgeführt?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

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

11. Wurden **in den letzten 5 Jahren** Elektroenzephalogramme (EEG), Liquoruntersuchungen, Nervenleitgeschwindigkeitsmessungen, testpsychologische Untersuchungen oder andere Hirnleistungstests durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

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

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?

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. a) Falls **Kopfschmerzen** auftreten/ auftreten: Wie oft im Monat treten/ traten diese auf und wie lange dauern /
dauerten die Schmerzen im Allgemeinen?

Häufigkeit pro Monat: _____

Dauer: _____

b) Bestehen/ bestanden dabei oder danach weitere Beschwerden wie z.B. Übelkeit, Erbrechen,
Sehstörungen, Gefühlsstörungen, Lähmungen?

nein ja

Falls ja, welche?

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

Falls ja, bitte beschreiben Sie die näheren Umstände:

21. Sind bei Ihrer Tätigkeit Arbeiten mit Absturzgefahr oder an laufenden Maschinen nötig? nein ja

Falls ja, welche?

22. Ist bei Ihrer Tätigkeit Schichtarbeit nötig? nein ja

Falls ja, wie oft?

Zu welchen Tageszeiten?

23. Müssen Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit ein Fahrzeug führen? nein ja

Falls ja, wie oft?

Was für ein Fahrzeug?

24. 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