

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

\_\_\_\_\_  
Postfach 1660  
61406 Oberursel

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Versicherungs-Nr.:**

\_\_\_\_\_

Zu versichernde Person:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

## Fragebogen zu Krebserkrankungen (9.2)

1. Welche Krebserkrankung wurde festgestellt (z.B. bösartiger Tumor, Leukämie, Lymphome)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Welche Körperteile/ Organe sind betroffen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Seit wann ist Ihnen bekannt, dass Sie an der oben genannten Erkrankung leiden?

seit

4. Kennen Sie das Stadium, in das Ihr Krebs / Tumor eingeordnet wurde (z.B. TNM-Stadium, Clark-Level)?  nein  ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

---

---

---

5. Welche Ärzte oder andere Therapeuten haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen in Anspruch genommen? (**Bitte alle Behandler angeben. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 3 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: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

3) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

---

---

---

erstmals aufgesucht am: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| zuletzt aufgesucht am: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

6. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen behandelt?

keine Behandlung

Operation Wann? |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|

weitere Operation Wann? |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|

Laserbehandlung, Kürettage oder Shaving von: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|

Chemotherapie von: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|

Immuntherapie Medikamentenname: \_\_\_\_\_  
von: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|  
wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Hormontherapie Medikamentenname: \_\_\_\_\_  
von: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|  
wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Bestrahlung von: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|

andere Therapien Welche? \_\_\_\_\_  
von: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|

7. Seit wann ist die Behandlung abgeschlossen?

seit |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|

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

Falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal

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

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

9. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Mammografie, Kernspintomographie [MRT], Ultraschalluntersuchung, Szintigraphie) wegen der Beschwerden / Erkrankungen durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann? |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|

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

---

---

---

10. Waren 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:

---

---

---

11. Sind aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen / Laboruntersuchungen (z.B. Tumormarker) notwendig? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

In welchen Abständen?

---

---

---

Wann zuletzt?

12. Ist Ihr Krebs erneut aufgetreten?  nein  ja

Falls ja, wann?

**Befunde bitte beifügen!**

13. Sind Folgen der Erkrankungen zurückgeblieben (z.B. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Einschränkung einer Organfunktion, Gefühlsstörungen)?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

14. Haben die Folgen der Erkrankungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?  nein  ja

Falls ja, zu welchen?

---

---

---

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

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

---

---

---

16. Sind Krebserkrankungen 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?

---

---

---

17. 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)

