

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

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

Fragebogen zu Stoffwechselerkrankungen (1.5)

1. Welche Stoffwechselerkrankungen (auch Diabetes, Cholesterin, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren?**

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Gelenkschmerzen, Bewusstseinsstörungen, starke Über- oder Unterzuckerung, häufiger Harndrang, ständiges Durstgefühl, Gefühlsstörungen, häufige Infektionen, offene Geschwüre im Bereich der Beine, Sehstörungen)? nein ja

Falls ja, wann erstmals? [][] . [][] . [][][][] Wann zuletzt? [][] . [][] . [][][][]

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

Stand 04.2020

3. Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden (z.B. körperliche Anstrengung) 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. 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. Wurden **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (z.B. Blutzuckererhöhung, Blutfetterhöhung, Harnsäureerhöhung) festgestellt? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

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

8. Falls Sie an **Diabetes mellitus** leiden: Wurde Ihr Blutzuckerwert bzw. HbA1c-Wert **in den letzten 3 Jahren** vom Arzt bestimmt? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja,
Ergebnis Blutzuckerwert(e):

Wann?

Ergebnis HbA1c-Wert:

Wann?

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

9. 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? _____

Insulingabe

Medikamentenname: _____

Einheiten morgens: _____ mittags: _____ abends: _____

weitere Insuline

Medikamentenname: _____

Einheiten morgens: _____ mittags: _____ abends: _____

andere Therapien

Welche? _____

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

wie oft wöchentlich? _____

10. Hat sich die Behandlung in den letzten 12 Monaten geändert??

nein ja

Falls ja, was hat sich geändert?

11. 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?

12. 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?

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

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

Falls ja, wie oft? _____ mal

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

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

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

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

14. 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:

15. a) Falls Sie an **Diabetes mellitus** leiden: Kontrollieren Sie regelmäßig Ihren Blutzuckerspiegel und / oder Ihre Zuckerausscheidung im Urin selbst?

nein ja

Falls ja, wie oft? _____

Bitte fügen Sie die letzten zehn Werte einschließlich Datum und Uhrzeit der Messungen bei.

b) Wurde bei Ihnen jemals Eiweiß im Urin (auch Mikroalbuminurie) festgestellt?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, wann erstmals? |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

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

16. Wenn Sie **nicht** an Diabetes mellitus leiden: Sind aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig?

nein ja

Falls ja, welche?

In welchen Abständen?

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

17. Sind Folgen der Erkrankungen zurückgeblieben (z.B. Durchblutungsstörungen, Netzhautveränderungen, Nieren- oder Nervenfunktionsstörungen, Gelenkschäden)? nein ja

Falls ja, welche?

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

Falls ja, zu welchen?

19. Halten Sie eine besondere Diät ein? nein ja

Falls ja, welche?

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 Sie in Ihrem Beruf körperlich tätig? nein ja

Falls ja, bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige Tätigkeit und einen typischen Arbeitstag:

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

Falls ja, welche?

23. Ist bei Ihrer Tätigkeit Schichtarbeit nötig?

nein ja

Falls ja, wie oft? _____

Zu welchen Tageszeiten?

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

nein ja

Falls ja, wie oft? _____

Was für ein Fahrzeug?

25. Sind vergleichbare Stoffwechselerkrankungen 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?

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

nein ja

Falls ja, was? _____

Wie viel pro Tag? _____

Seit wann? ||||||||

Bei Extrauchern: bis wann? ||||||||

27. 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)

