

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu durchgeführten Operationen

<p>1. Wie wurde das Leiden, das eine Operation erforderlich machte, vom Arzt bezeichnet?</p>	
<p>2. Bestand eine Krebserkrankung (bösartiger Tumor)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3. Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?</p>	<p>von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Name und Anschrift des Arztes:</p>
<p>4. Von wann bis wann waren Sie deswegen in Krankenhausbehandlung?</p>	<p>von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ In welcher Abteilung? Name und Anschrift des Krankenhauses.</p>



<p>5. Wann wurde die Operation durchgeführt?</p>	<p>____.____.____</p>
<p>6. Haben Sie danach wegen Ihres Leidens wieder in ärztlicher Behandlung gestanden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann? von : ____.____.____ bis : ____.____.____ Name und Anschrift des Arztes:</p>
<p>7. Wann sind zuletzt Beschwerden aufgetreten?</p>	<p>____.____.____ Welcher Art? Name und Anschrift des behandelnden Arztes:</p>
<p>8. Wurden Sie nach der Operation mit Röntgen-, Radium-, sonstigen Strahlen behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann? ____.____.____</p>
<p>9. Wurde nach der Operation eine Chemotherapie (medikamentöse Tumorthherapie) durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>10. War eine andere medikamentöse Therapie nach der Operation nötig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, Name der Medikamente:</p>
<p>11. Stehen Sie jetzt noch unter ärztlicher Kontrolle oder Beobachtung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, Name und Anschrift des Arztes:</p>
<p>12. Haben Sie in den letzten Jahren an Gewicht abgenommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie viel Kilogramm? _____ kg</p>

<p>13. Waren Sie schon länger als 6 Wochen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? _____ mal</p> <p style="margin-left: 40px;">von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="margin-left: 40px;">von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Wegen welcher Erkrankung?</p>
<p>Entbindung von der Schweigepflicht</p> <p>Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos benötigt die ALTE LEIPZIGER personenbezogene Daten von mir. Die Verwendung (= Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig. Im nachfolgenden Fall ist allerdings meine Einwilligung erforderlich:</p> <p>Die ALTE LEIPZIGER überprüft meine gemachten Angaben über meinen Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich die hier von mir genannten Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Die ALTE LEIPZIGER bzw. die Mitarbeiter des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an sie beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.</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>	
Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die des gesetzlichen Vertreters