

# Fragebogen: Sonstige Erkrankungen

**A**

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

**B**

**1. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?**

**2. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?**

**3. Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt?**

								(MM/JJJJ)
--	--	--	--	--	--	--	--	-----------

**4. Welche Beschwerden treten auf?**

**5. Wie oft treten/traten die Beschwerden auf?**

<input type="checkbox"/> einmalig	wann: _____	Dauer: _____
<input type="checkbox"/> wiederholt	wann erstmalig: _____	letztmalig am: _____
	Häufigkeit: _____	
<input type="checkbox"/> dauerhaft	wann erstmalig: _____	

**6. Fanden ambulante Behandlungen statt?**

<input type="checkbox"/> Ja	von: _____ bis: _____
<input type="checkbox"/> Nein	

**7. Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)**

<input type="checkbox"/> Medikation	
Name	Dosierung
Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft

# Fragebogen: Sonstige Erkrankungen

B

Untersuchungen

welche

Ergebnis

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 8. Fand eine stationäre Behandlung statt?

Ja  OP | Datum der OP: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

OP angeraten | wann: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Nein

## 9. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

Ja  Aufenthalt | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Aufenthalt angeraten: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Nein

## 10. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

Ja | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Nein

## 11. Besteht Behandlungsfreiheit?

Ja | seit: \_\_\_\_\_  Nein

## 12. Besteht Beschwerdefreiheit?

Ja | seit: \_\_\_\_\_  Nein

Ort, Datum

Unterschrift Kunde