

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?

einmalig | wann: _____ | Dauer: _____
 wiederholt | wann erstmalig: _____ | letztmalig am: _____
 | Häufigkeit: _____
 dauerhaft | wann erstmalig: _____

6. Fanden ambulante Behandlungen statt?

Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

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

Medikation

Name	Dosierung
------	-----------

abgeschlossen seit: _____ dauerhaft
 Einnahme seit

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