

## Fragebogen Multiple Sklerose



<b>Zusatzerklärung zum Antrag vom</b>	
<b>Antragsteller</b>	
<b>Zu versichernde Person</b> (wenn nicht Antragsteller)	

### Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 5 Jahre

1. Seit wann ist Ihnen bekannt, dass Sie an Multiple Sklerose leiden? Welche Diagnosesicherheit wurde diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> Gesichert <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Ausschluss <input type="checkbox"/> Zustand nach
2. Sind Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? <b>Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?</b>	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? <b>Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
4. Waren Sie in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen? <b>Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
5. Über welchen Zeitraum sind diesbezüglich Beschwerden aufgetreten? <b>Insbesondere, wann zuletzt?</b>	von _____ bis _____  zuletzt _____
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? <b>Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche?</b>	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf                 </div> Präparat: _____ Dosierung: _____
7. Wurde eine Ursache für die Beschwerden festgestellt? <b>Wenn ja, welche?</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
8. Kam es zu Rückfällen? <b>Wenn ja, wann?</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>

## Fragebogen Multiple Sklerose



<p>9. An welchen Beschwerden leiden Sie bzw. litten Sie? <b>Bitte möglichst genaue Angaben!</b></p>	
<p>10. Wurden innerhalb der letzten fünf Jahre, wegen dieser Erkrankung Massagen, Bäder, Krankengymnastik oder Ähnliches verordnet? <b>Falls ja, was? Wann? Wie häufig?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span></p>
<p>11. Erfolgt innerhalb der letzten fünf Jahre weitere Untersuchungen? <b>(z.B. durch einen Neurologen, Augenarzt, Internisten)</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span></p>
<p>12. Liegt eine Beeinträchtigung der Nieren-, Blasen- oder Darmfunktion vor? <b>Falls ja, welche?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span></p>
<p>13. Bestehen oder bestanden Harnwegsinfektionen? <b>Falls ja, wie häufig? Wann?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span></p>
<p>14. Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten fünf Jahre Sprach- oder Sehstörungen <b>Falls ja, welche? Wann?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span></p>
<p>15. Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten fünf Jahre Lähmungen? <b>Falls ja, wann? Welche?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span></p>
<p>16. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, GdB/ MdE/ GdS:..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>  <input type="checkbox"/> ja, beantrag, am:.....</p>

# Fragebogen Multiple Sklerose



17. Welche weiteren Beeinträchtigungen liegen vor?	
18. Wurden innerhalb der letzten fünf Jahre technische Untersuchungen durchgeführt? <b>Wenn ja, wann? Welche? Ergebnis?</b>	
19. Wie wird die Multiple Sklerose behandelt? <b>Bitte nähere Angaben</b>	<input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Sonstiges
20. Wie viele Krankheitsschübe hatten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre?  Wann war der letzte Schub und welche Beschwerden traten auf?	..... Schübe, zuletzt am .....
21. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? <b>Falls nein, welche Folgen/ Beschwerden bestehen noch?</b>	<input type="checkbox"/> ja, seit..... <input type="checkbox"/> nein
22. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? <b>Wenn nein, warum?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? <b>Wenn ja, wann, Dauer?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  von.....bis.....

**Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten bei.**

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (**Bitte immer beantworten**)

zusätzliche Angaben sind beigefügt                           Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

**Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers