

Gesundheitsangaben – bezogen auf die letzten 5 Jahre

1. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Heilbehandler, Therapeuten (also auch Osteopathen, Physio- oder Psychotherapeuten und Psychologen) untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich:	
a) Herz, Kreislauf, Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Durchblutungsstörung, Venenentzündung, Thrombose, Lymphödem / Schwellungen, Schlaganfall, Sonstiges)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
b) Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe, Covid-19, COPD / chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Sonstiges)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
c) Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber (z. B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Fettleber, Darmentzündungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Ösophagusvarizen / Krampfadern der Speiseröhre, Sonstiges)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
d) Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten, Sonstiges)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
e) Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse, Sonstiges)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
f) Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie, Schilddrüsenknoten, Anämie, Gerinnungsstörungen, Sonstiges)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
g) akute oder chronische Infektionen (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, HIV / AIDS, Sonstiges)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
h) Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand / Erschöpfung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch, Sonstiges)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
i) Gehirn, Rückenmark, Nervensystem oder neurologischer Art (z. B. Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Multiple Sklerose, Migräne oder Kopfschmerzen über dreimal im Monat, Sonstiges)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
j) Rücken, Wirbelsäule, Bandscheiben (z. B. Nackenschmerzen, Lumbago, ärztlich behandelte Rückenbeschwerden, Ischias, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Rückgratverkrümmung, Sonstiges)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
k) Knochen, Gelenke (z. B. Abnutzung (nicht altersbedingt), Bänderverletzung, Rheuma, Entzündung, Hüftfehlstellung, Arthrose, rheumatische Beschwerden, Beinverkürzung, Sonstiges)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
l) Haut, Allergien (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis, Hautveränderungen/-schwellungen/knoten/-geschwüre, Sonstiges)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
m) Augen (z. B. Sehstörung, Hornhaut-/Netzhauterkrankung, Doppelbilder, grauer/grüner Star, Kurzsichtigkeit von mehr als +/-7 Dioptrien, erhöhter Augendruck, Sonstiges)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
n) Ohren (z. B. Ohrensausen, Hörsturz, Tinnitus, vermindertes Hörvermögen, Gleichgewichtsstörungen, Sonstiges)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Wichtig: Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet haben, so machen Sie bitte dazu genauere Angaben (ggf. gesondertes Blatt nutzen):

Nähere Angaben zu Frage:

- Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte?
- Mit welchem Ergebnis?
- Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
- Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt?

Nein Ja

Nähere Angaben zu Frage:

- Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte?
- Mit welchem Ergebnis?
- Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
- Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt?

Nein Ja

Nähere Angaben zu Frage:

- Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte?
- Mit welchem Ergebnis?
- Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
- Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt?

Nein Ja

Nähere Angaben zu Frage:

- Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte?
- Mit welchem Ergebnis?
- Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
- Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt?

Nein Ja

Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente ein?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Weshalb?
- Zeitraum, Dauer, Häufigkeit?
- Welche Medikamente?

Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Drogen oder Betäubungsmitteln beraten oder

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche? Wann? Welcher Art?

Wurden in den letzten 5 Jahren Kontroll- / Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche Grunderkrankung lag vor?
Wann? Welcher Arzt?

Gesundheitsangaben – bezogen auf die letzten 3 Monate

Bestehen oder bestanden darüber hinaus bei Ihnen in den letzten drei Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden?

Nein Ja

Hierzu zählen Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörungen, Sehstörungen, Blut im Stuhl, im Urin oder im Auswurf (Husten), psychische Erschöpfungszustände, Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache, Lymphknotenschwellungen, Brustknoten (Selbstertastung), Geschwürbildung, Veränderungen der Haut bzw. der Leberflecken, Schluckstörungen, Gefühlsstörungen oder Lähmungen, Abnahme der körperlichen bzw. psychischen Belastbarkeit, ungewollte Gewichtsabnahme von mehr als fünf Kilogramm.

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte? Mit welchem Ergebnis?
- Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
- Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt?

Nein Ja,

Gesundheitsangaben – bezogen auf die letzten 10 Jahre

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?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte? Mit welchem Ergebnis?
- Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
- Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt?

Nein Ja,

Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage www.hannoversche.de unter der Rubrik Datenschutz abrufen.