

## Fragebogen Schlafapnoesyndrom zur Unfallversicherung

Name der versicherten Person, Geburtsdatum:  Seit wann leiden Sie an dem Schlafapnoesyndrom?		
☐ leicht ☐ mittelschwer ☐ schwer		
2. Wie äußert sich die Erkrankung? Bestehen Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen bzw. Einschlafneigung auch tagsüber oder Persönlichkeitsveränderungen?		
Besteht eine Sturz-, Schwindel- oder Fallneigung?		
3. Welche Behandlungen wurden bzw. werden durchgeführt oder sind geplant?		
Seit wann werden welche Behandlungen konsequent durchgeführt?		
Wie ist der bisherige Erfolg der Behandlung?		
Wo finden bzw. fanden die Behandlungen statt?		

336 04 75/00 (08.18) Seite 1/2



4. An welchen Erkrankung, insbesondere Herz- und/oder Lungenerkrankungen, leiden Sie zusätzlich? Falls bekannt, nennen Sie auch den Schweregrad.	
5. Welche Medikamente we	erden/wurden eingenommen (Name, Dosis, Zeitraum)?
6. Angaben von aktueller G	roße und Gewicht:
Größe	Gewicht
unmittelbar dem Versicherer	über dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch in Allgemeine Versicherungs-AG senden.
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers

336 04 75/00 (08.18) Seite 2/2