

Bluthochdruck

Art: 212

Zusaterklärung zum Antrag vom	
Versicherung Nr. / Sachbearbeiter	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

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

<p>1. Wann ist der Bluthochdruck festgestellt worden? Welche Blutdruckwerte wurden dabei gemessen?</p>	<p style="text-align: center;">..... / mm HG am</p> <p style="text-align: center;">syst. diast.</p>
<p>2. Unter welchen Beschwerden haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre gelitten bzw. leiden Sie noch? (Hierzu gehören u. a. Schwindel, Kopfschmerzen, Nervosität, Müdigkeit, Kurzatmigkeit, Ohnmachtsanfälle, Schmerzen oder Stiche in der Herzgegend.)</p>	
<p>3. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten?</p>	
<p>4. Über welchen Zeitraum sind die Beschwerden aufgetreten?</p>	
<p>5. Wurde die Ursache für den Bluthochdruck festgestellt? (Hierzu gehören u. a. Übergewicht, Nierenschädigung, Stress, hoher Salzkonsum, Bewegungsmangel, Schilddrüsenüberfunktion.) Wenn ja, wann, welche?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="text-align: center;">.....</p>
<p>6. Ist in Ihrer Familie (Eltern / Geschwister) Bluthochdruck aufgetreten? Wenn ja, bei wem, wann, welche?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="text-align: center;">.....</p>
<p>7. Sind Sie in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (hierzu gehören u. a. Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?</p>	
<p>8. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre verschreibungspflichtige Medikamente ein? Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre rezeptfreie Medikamente länger als eine Woche ununterbrochen ein?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Namen der Medikamente</p> <p>Warum, wann und wie oft eingenommen?</p> <p style="text-align: center;">.....</p>

- Bitte beachten Sie auch die Folgeseite -

<p>9. Welche Blutdruckwerte wurden gemessen? Bitte geben Sie die 3 aktuellsten Werte an</p> <p>Wurden die Werte unter Medikation gemessen?</p>	<p>..... / mm HG am</p> <p> syst. diast.</p> <p>..... / mm HG am</p> <p> syst. diast.</p> <p>..... / mm HG am</p> <p> syst. diast.</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>10. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre ein EKG, ein Langzeit-EKG, eine Ergometrie (Belastungs-EKG) oder eine Echokardiographie (Ultraschalluntersuchung) durchgeführt? Wenn ja, wann, Ergebnis?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>11. Wurde innerhalb der letzten 5 Jahre eine Untersuchung der Nieren durchgeführt? Wenn ja, wann, welche, Ergebnis?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>12. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Wenn nein, welche Folgen / Beschwerden bestehen noch?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>13. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>14. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung innerhalb der letzten 5 Jahre arbeitsunfähig gewesen? Wenn ja, wann, Dauer?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>

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 es folgen noch Angaben, Anzahl Extrablätter:

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