

ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNG Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

Zu versichernde Person	Geburtsdatum
------------------------	--------------

Beruf

Antrag Nr.

Wir bitten um detaillierte Angaben!
Bei vorgedruckten Antworten bitte die zutreffende ankreuzen.
Jede Frage einzeln mit Worten beantworten, nicht mit Strichen oder sonstigen Zeichen.

1. Seit wann besteht die Zuckerkrankheit? (Monat/Jahr)

2. Wie hoch waren die zuletzt gemessenen Nüchternblutzuckerwerte?

Messung am:	Wert:
_____	_____ mg %
_____	_____ mg %
_____	_____ mg %

3. Wie hoch waren die zuletzt gemessenen HBA1-Werte?

Messung am:	Wert:
_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %

4. Wurden Sie behandelt mit

Diät?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Insulin? Wieviel Einheiten täglich?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Tabletten? (Bei Medikamentenverordnung bitte Name und Dosierung angeben)	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein

5. Wurde eine Krankenhausbehandlung durchgeführt?

Wenn ja, von wann bis wann? ja nein

Hatten Sie eine Kurbehandlung?

Wenn ja, von wann bis wann? (Monat/Jahr) ja nein

6. Bestehen oder bestanden irgendwelche Komplikationen? (z.B. Hauterkrankungen, Nierenerkrankung, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Augenerkrankungen, Diabetisches Koma, Nervenbeteiligung) Wenn ja, welche? (Diagnose)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein												
7. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel täglich?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein												
8. Bitte geben Sie uns die zuletzt gemessenen Blutdruckwerte an. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;">Messung am:</td> <td style="width: 20%;">Wert:</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ / _____</td> <td style="text-align: right;">%</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ / _____</td> <td style="text-align: right;">%</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ / _____</td> <td style="text-align: right;">%</td> </tr> </table>		Messung am:	Wert:		_____	_____ / _____	%	_____	_____ / _____	%	_____	_____ / _____	%
Messung am:	Wert:												
_____	_____ / _____	%											
_____	_____ / _____	%											
_____	_____ / _____	%											
9. Welcher Arzt ist über Ihre Zuckerkrankheit am besten unterrichtet? (Bitte Name und Anschrift des Arztes angeben)													
10. Werden regelmäßig Untersuchungen durchgeführt? In welchen Abständen? Wann war die letzte Untersuchung? (Monat/Jahr) Mit welchem Ergebnis?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein												
11. Liegen Ihnen ärztliche Unterlagen vor? Wenn ja, überlassen Sie uns diese bitte zur kurzfristigen Einsichtnahme.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein												

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich weiß, daß der Versicherer bei unvollständiger oder unwahrer Angabe vom Vertrag zurücktreten kann.

 Ort, Datum, Unterschrift der zu versichernden/mitzuversichernden Person

 Bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter