

**ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNG**  
**Herz-/Kreislaufkrankungen**  
**Gefäßkrankungen**

Zu versichernde Person	Geburtsdatum
Beruf	
Antrag Nr.	

**Wir bitten um detaillierte Angaben!**  
**Jede Frage einzeln mit Worten beantworten, nicht mit Strichen oder sonstigen Zeichen.**

**1. Wie äußerte sich die Erkrankung?** (Krankheitserscheinungen, Beschwerden)  
(z.B. Herzschmerzen, Beklemmungen, Atemnot, Wassereinlagerung, Schwindel, Ohnmacht, unregelmäßiger Herzschlag, beschleunigter Puls)

**2. Wann traten die Beschwerden auf?** (Monat/Jahr)

**Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?** (Monat/Jahr)  
(Bitte Name und Anschrift der Ärzte angeben.)

**Haben Sie jetzt noch Krankheitserscheinungen?**  ja  nein  
Wenn ja, welche?

**3. Wie wird/wurde die Krankheit ärztlicherseits bezeichnet (Diagnose)?**

z.B. Hochdruck, niedriger Blutdruck, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzvergrößerung, Durchblutungsstörungen der Arterien, Arterienverkalkung, Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, Lymphoedem)  
(Bitte geben Sie uns, wenn möglich, nähere Auskunft)

**4. Ist Ihnen die Ursache der Krankheit bekannt?**  ja  nein

Wenn ja, welche?

**5. Welche Blutdruckwerte wurden in den letzten 2 Jahren gemessen?**

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

**Mit welchen Medikamenten wurden Sie behandelt?**  
(Bitte jeweils die Dosis angeben)

**Welche Medikamente werden weiterhin verordnet?**  
(Bitte jeweils die Dosis angeben)

**6. Wurden andere therapeutische Maßnahmen durchgeführt/empfohlen?**  ja  nein

Wenn ja, welche?

<b>7. Bestehen andere Erkrankungen wie z.B. Nieren-, Augenerkrankungen Gefühlsstörungen, Lähmungen, Stoffwechselstörungen?</b> Wenn ja, welche? Seit wann? (Monat/Jahr)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
<b>8. Welche speziellen Untersuchungen oder Krankenhausbehandlungen wurden durchgeführt?</b> (z.B. EKG, Belastungs-EKG, Röntgenuntersuchung, Ultraschall, Laboruntersuchungen)		
Untersuchung/Behandlung mit Datum (Monat/Jahr)	Arzt-/Krankenhaus- anschrift	Ergebnis der Untersuchung/Behandlung
<b>9. Sind Sie operiert worden?</b> Wann? (Monat/Jahr)		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Welcher Art war die Operation?</b> (Bitte Anschrift des Krankenhauses angeben)		
<b>Sind weitere Operationen vorgesehen/angeraten?</b> Wenn ja, welcher Art und zu welchem Zeitpunkt?		
<b>10. Rauchen Sie?</b> Wenn ja, wieviel täglich?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>11. Besteht eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?</b> Wenn ja, seit wann? (Monat/Jahr)		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>12. Besteht eine Fettstoffwechselstörung?</b> Wenn ja, seit wann? (Monat/Jahr)		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>13. Hatten Sie eine Kurbehandlung?</b> Wenn ja, welcher Grund lag für die Kur vor?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Von wann bis wann wurde die Kur durchgeführt?</b> (Monat/Jahr)		
<b>14. Liegen Ihnen ärztliche Unterlagen vor?</b> 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