

Fettstoffwechselerkrankungen

Art: 212

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

<p>1. Wann ist die Fettstoffwechselerkrankung festgestellt worden? (Welche Blutfettwerte wurden dabei gemessen?)</p>	<p>Cholesterin am</p> <p>HDL-Chol. am</p> <p>LDL-Chol. am</p> <p>Triglyceride am</p>
<p>2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch?</p>	
<p>3. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten?</p>	
<p>4. Über welchen Zeitraum sind die Beschwerden aufgetreten?</p>	
<p>5. Sind in Ihrer Familie (Eltern / Geschwister) Fettstoffwechselerkrankungen aufgetreten? (Wenn ja, bei wem, wann, welche?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>6. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie in welchem Zeitraum wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Name / Anschrift • von / bis • Untersuchungen / Behandlungen 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7. Werden / wurden Sie mit Medikamenten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> zeitweise</p> <p>Präparat(e):</p> <p>Dosierung: täglich</p>
<p>8. Halten Sie eine bestimmte Diät ein? (Wenn ja, welche?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>

- Bitte beachten Sie auch die Folgeseite -

