

Bitte nehmen Sie im Fragebogen die erforderlichen rechtserheblichen Ergänzungen vor, z. B. Rechtsfolgenbelehrung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht.

Schlafapnoe-Syndrom

Zusatzerklärung (vom Antragsteller auszufüllen)

Erklärung zum Antrag vom/Antragsnummer:

Zu versichernde Person: Name/Vorname:

Geburtsdatum:

1. Wann wurde das Schlafapnoe-Syndrom erstmals diagnostiziert?

2. Wurden Sie jemals in einem Schlaflabor untersucht? Ja Nein

3. Welche Form der Schlafapnoe wurde bei Ihnen diagnostiziert?

Obstruktive Schlafapnoe Zentrale Schlafapnoe Mischform unbekannt

Ist Ihnen Ihr AHI oder RDI bekannt? Ja Nein

Falls bekannt: **AHI:** **RDI:**

4. Wie werden Sie behandelt?

Keine Behandlung

CPAP-Maske

Falls CPAP-Maskenbehandlung: seit wann?

Wenden Sie die Maske regelmäßig an? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Nächte pro Woche?

Wie viele Stunden pro Nacht?

Wie oft wird der Therapieerfolg im Schlaflabor überprüft und welche Tests wurden seit Behandlungsbeginn durchgeführt?

.....
.....
.....

Andere Behandlungsmaßnahmen (bitte beschreiben)

.....
.....

5. Leiden Sie an Symptomen (z.B. übermäßige Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen, Niedergeschlagenheit)?

Ja

Nein

Falls ja, welche Symptome?

.....
.....
.....

6. Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen:

Erhöhter Blutdruck

Blutzuckererkrankung

Herzrhythmusstörungen

Sonstige (bitte nähere Angaben).....

.....
.....

7. Wann waren Sie zuletzt in ärztlicher Behandlung?

.....

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

.....

.....
.....
.....

Sofern Ihnen Arztberichte/Schlaflaborbefunde zum Schlafapnoe-Syndrom vorliegen, bitten wir um Einsichtnahme.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der versicherten Person