

Fragebogen Herz-Kreislauf



| | |
|--|--|
| Zusaterklärung zum Antrag vom | |
| Antragsteller | |
| Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller) | |

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

| | |
|--|---|
| 1. Die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit und der abgerechnete ICD-Code Und welche Beschwerden hatten/haben Sie? | |
| 2. Sind Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? | <input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen! | <input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Waren Sie in in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen! | <input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Über welchen Zeitraum sind diesbezüglich Beschwerden aufgetreten? Insbesondere, wann zuletzt? | von _____ bis _____ zuletzt _____ |
| 6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche? | <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf Dosierung: _____ |
| 7. Wurde eine Ursache für die Beschwerden festgestellt? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Kam es zu Rückfällen? Wenn ja, wann? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Fragebogen Herz-Kreislauf



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|--------|--------|---------|-------------------|-------------------|-------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|---|---|---|
| 9. Erfolgten spezielle Untersuchungen oder Behandlungen? Wenn ja, wann, welche, Ergebnis? | <input type="checkbox"/> ja, am..... <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Wurden Herzrhythmusstörungen festgestellt? Wenn ja, welcher Art? Falls bekannt, geben Sie bitte auch den Lown-Grad an. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Kam es jemals zu Fällen von Bewußtseinsverlust Wenn ja, wann? Wie lang? | <input type="checkbox"/> ja, am für Minuten <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Welche Blutdruckwerte und Herzfrequenzen wurden gemessen? (Bitte geben Sie die 3 aktuellsten und den höchsten je gemessenen Wert an) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Blutdruckwert am</td> <td style="width: 25%;">Datum:</td> <td style="width: 25%;">Datum:</td> <td style="width: 25%;">Datum:</td> </tr> <tr> <td>in Ruhe</td> <td>...../..... mm HG</td> <td>...../..... mm HG</td> <td>...../..... mm HG</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">systolisch / diastolisch</td> <td style="text-align: center;">systolisch / diastolisch</td> <td style="text-align: center;">systolisch / diastolisch</td> </tr> <tr> <td>Herzfrequenz</td> <td>...../Minute</td> <td>...../Minute</td> <td>...../Minute</td> </tr> <tr> <td>Wert unter Medikation</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table> | | Blutdruckwert am | Datum: | Datum: | Datum: | in Ruhe |/..... mm HG |/..... mm HG |/..... mm HG | | systolisch / diastolisch | systolisch / diastolisch | systolisch / diastolisch | Herzfrequenz |/Minute |/Minute |/Minute | Wert unter Medikation | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutdruckwert am | Datum: | Datum: | Datum: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| in Ruhe |/..... mm HG |/..... mm HG |/..... mm HG | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | systolisch / diastolisch | systolisch / diastolisch | systolisch / diastolisch | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Herzfrequenz |/Minute |/Minute |/Minute | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wert unter Medikation | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Seit wann? | <input type="checkbox"/> ja, seit..... <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? Wenn ja, wann, Dauer? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von.....bis..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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