

## Antragsteller

Name, Vorname \_\_\_\_\_

## Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Wann wurde bei Ihnen erstmalig Bluthochdruck festgestellt (Tag/Monat/Jahr)? \_\_\_\_\_

Ist die Ursache des Bluthochdrucks bekannt?  Nein  Ja, aufgrund von \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie die zuletzt gemessenen RR-Werte an (nicht älter als 6 Monate):

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ am (Tag/Monat/Jahr) \_\_\_\_\_  Beim Arzt gemessen  Selbst gemessen

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ am (Tag/Monat/Jahr) \_\_\_\_\_  Beim Arzt gemessen  Selbst gemessen

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ am (Tag/Monat/Jahr) \_\_\_\_\_  Beim Arzt gemessen  Selbst gemessen

Wird der Bluthochdruck medikamentös behandelt?  Nein  Ja, seit dem \_\_\_\_\_

Folgende Medikamente dienen derzeit der Behandlung:

Wurden bei Untersuchungen (Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Echokardiographie, LZ-RR-Messung) in den letzten 5 Jahren krankhafte Befunde erhoben?

Nein  Ja, folgende Befunde \_\_\_\_\_

wurden erhoben von \_\_\_\_\_

Bestehen weitere Beschwerden/Erkrankungen des Herzens, Nieren, Augen? Bestehen Atemnot, Ödeme oder Schwindel?

Nein  Ja, folgende Beschwerden/Erkrankungen \_\_\_\_\_

Ich erkläre, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen richtig beantwortet und keine wesentlichen Informationen verschwiegen habe, die die Beurteilung oder Annahme dieses Antrages beeinflussen können. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass dieses Formular Bestandteil meines Lebensversicherungsantrages ist und das Verschweigen wesentlicher Tatsachen den Vertrag ungültig machen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person