

## Antragsteller

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

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

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

Wann wurde bei Ihnen welcher Diabetes Typ erstmals diagnostiziert? \_\_\_\_\_

## Behandlung

a. Werden die Medikamente oral verabreicht?

Nein  Ja, Medikamententyp \_\_\_\_\_

Tägliche Dosierung \_\_\_\_\_

b. Nehmen Sie Insulin?

Nein  Ja, Insulintyp \_\_\_\_\_

Tägliche Dosierung \_\_\_\_\_

## Überwachung des Diabetes

a. Wie oft machen Sie einen Bluttest oder messen Sie die Glukose im Urin? \_\_\_\_\_

b. Bitte geben Sie die drei letzten Blutzuckerwerte an:

Blutzuckerwert	Datum

c. Bitte geben Sie die drei letzten Messergebnisse der Glukose im Urin an:

Uringlukosewert	Datum

d. Bitte geben Sie die zwei letzten Werte von HbA<sub>1c</sub> (glykosyliertes Hämoglobin) an und wann diese gemessen wurden:

Uringlukosewert	Datum

e. Wie oft gehen Sie in eine Klinik oder zum Arzt zu Kontrolluntersuchungen? \_\_\_\_\_

f. Wann haben Sie das letzte Mal Ihren Arzt konsultiert? \_\_\_\_\_

**Sind Sie jemals seit Beginn der Erkrankung aufgrund eines diabetischen Komas (Hyper- oder Hypoglykämie) oder wegen einer anderen Störung, die auf Diabetes mellitus zurückzuführen ist, ins Krankenhaus eingeliefert worden?**

Nein  Ja, aufgrund von \_\_\_\_\_

**Haben Sie jemals unter folgenden Störungen gelitten?**

a. Albumin oder Eiweiß im Urin  Nein  Ja, aufgrund von \_\_\_\_\_

b. Augenprobleme  Nein  Ja, aufgrund von \_\_\_\_\_

c. Gefühllosigkeit oder Kribbeln in Füßen oder Beinen  Nein  Ja, aufgrund von \_\_\_\_\_

d. Hoher Blutdruck  Nein  Ja, aufgrund von \_\_\_\_\_

e. Herz- oder Kreislaufprobleme  Nein  Ja, aufgrund von \_\_\_\_\_

f. Nierenprobleme  Nein  Ja, aufgrund von \_\_\_\_\_

**Waren Sie im letzten Jahr aufgrund einer Krankheit länger als 15 Tage arbeitsunfähig?**

Nein  Ja, aufgrund von \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie uns alle zusätzlichen Informationen bezüglich Ihrer Krankheit, die für die Abwicklung dieses Antrages wichtig erscheinen:**

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