

## Antragsteller

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

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

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

## KRANKHEITEN

### Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der genannten Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> Unregelmäßiger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Labiler Bluthochdruck (Labile Hypertonie) |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckbeschwerden       | <input type="checkbox"/> Blutdruckkrise           | <input type="checkbox"/> Blutdruckschwankung                       |

Nehmen Sie blutdrucksenkende Medikamente?  Nein  Ja

### Welche Blutdruckwerte wurden bei Ihnen zuletzt gemessen?

Datum (ggf. Zeitpunkt) \_\_\_\_\_ Systolisch \_\_\_\_\_ Diastolisch \_\_\_\_\_

Datum (ggf. Zeitpunkt) \_\_\_\_\_ Systolisch \_\_\_\_\_ Diastolisch \_\_\_\_\_

### Bestehen oder bestanden bei Ihnen weitere Gesundheitsstörungen?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose        | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen/Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufanomalien                 | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> EKG-Veränderungen      | <input type="checkbox"/> Leberschädigung                          |  |
| <input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____ |   |  |

### Bestehen oder bestanden bei Ihnen Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angeborener Herzfehler  | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung Herzmuskel           | <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler    |
| <input type="checkbox"/> Bypass-Operation  | <input type="checkbox"/> Embolie                                   | <input type="checkbox"/> Herzmuskelerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schwindel   | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Koronare Herzkrankheit (KHK) | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung  |
| <input type="checkbox"/> Thrombose   | <input type="checkbox"/> Augenhintergrundveränderungen             | <input type="checkbox"/> Venenerkrankung      |
| <input type="checkbox"/> Verschlusskrankheit der Beine   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Andere hier nicht genannte Herz- und Kreislaufferkrankung, und zwar _____ |  |   |

**Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung**

Bei mehreren gleichzeitigen Erkrankungen (z.B. Herzklappenfehler und Herzinfarkt) bitte die Fragen für jede Erkrankung getrennt beantworten.

Genauere medizinische Diagnose \_\_\_\_\_

Beginn (MM/JJ) \_\_\_\_\_ Ende (MM/JJ) \_\_\_\_\_

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art? \_\_\_\_\_

Genauere medizinische Diagnose \_\_\_\_\_

Beginn (MM/JJ) \_\_\_\_\_ Ende (MM/JJ) \_\_\_\_\_

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art? \_\_\_\_\_

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein!

**Zusätzlich bei Herzrhythmusstörungen**

Erstmaliges Auftreten (MM/JJ) \_\_\_\_\_ Letztmaliges Auftreten (MM/JJ) \_\_\_\_\_

Wie treten die Herzrhythmusstörungen auf?  dauerhaft  phasenweise

Wie lange dauern die Herzrhythmusstörungen normalerweise an? \_\_\_\_\_

Genauere medizinische Diagnose \_\_\_\_\_

**LABORWERTE**

Bekannte Laborwerte	Wert	Datum (MM/JJ), ggf. Zeitpunkt
Cholesterin		
Auffälliger Urinbefund		
HbA1c		
Blutzucker, nüchtern		

**IMPLANTIERTE GERÄTE**

Ist bei Ihnen ein Gerät implantiert worden? Wenn Ja, welches?

Nein, kein Gerät  Herzschrittmacher  Automatischer Defibrillator  Event-Recorder

Wenn Ja, wann \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

Art der Untersuchung \_\_\_\_\_

Name, Anschrift des Arztes \_\_\_\_\_

## UNTERSUCHUNGEN/BEHANDLUNGEN

**Wann und wo erfolgten bei Ihnen spezielle Untersuchungen oder Behandlungen des Herzens, der Schlagadern und Venen bzw. sind bei Ihnen spezielle Untersuchungen oder Behandlungen geplant?**

- Elektrokardiographische Untersuchung:  Ruhe-EKG  Belastungs-EKG  Langzeit-EKG
- Röntgenuntersuchungen von:  Schlagadern (Angiographie)  Venen (Phlebographie)  Sonstige
- Ultraschalluntersuchung vom/von:  Herz  Blutgefäßen
- Computertomographie (CT)  Kernspin (MRT)  Herzkatheter-Untersuchung
- 24-Stunden-Blutdruckmessung  Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie)
- Operation (z. B. Bypass)  Aufweitung (Dilatation) von Herzkranzgefäßen
- Gewebeentnahme (Biopsie)  Einsetzen von Stents in Herzkranzgefäße
- Sonstige, nicht genannte Methode \_\_\_\_\_

Datum (MM/JJ), ggf. Zeitpunkt	Befund/Maßnahme

**Welche Medikamente (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt etc.) sind bzw. wurden verordnet?**

Name des Medikaments \_\_\_\_\_

Ständige Einnahme, seit Datum (ggf. Zeitpunkt) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Zeitweilige Einnahme, seit Datum (ggf. Zeitpunkt) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Name des Medikaments \_\_\_\_\_

Ständige Einnahme, seit Datum (ggf. Zeitpunkt) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Zeitweilige Einnahme, seit Datum (ggf. Zeitpunkt) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

**Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen arbeitsunfähig?**  Nein  Ja

Wenn **Ja**, wann \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine Notarztbehandlung?**  Nein  Ja

Wenn **Ja**, wann \_\_\_\_\_

Grund \_\_\_\_\_

## KRANKENHAUSAUFENTHALTE, REHAS UND KUREN

**Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren! Erfolgte wegen der Erkrankungen/ Funktionsstörungen in den letzten 10 Jahren eine stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur? Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.**

Wenn **Ja**, wann \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

Wenn **Ja**, wann \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

## BEHANDELNDE ÄRZTE

**Von welchem Arzt oder Krankenhaus wurden Sie wegen Ihrer angegebenen Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt?** Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name, Anschrift \_\_\_\_\_

Zeitpunkt/-raum \_\_\_\_\_

Art der Untersuchung \_\_\_\_\_

## ZUSÄTZLICHE ANGABEN

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten).

Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Es folgen noch Angaben

Zusätzliche Angaben sind beigefügt

Anzahl Extrablätter \_\_\_\_\_

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