

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"/> Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) | <input type="checkbox"/> Basedow-Syndrom | <input type="checkbox"/> Kropf |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose) | <input type="checkbox"/> Struma | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenknoten |

Seit wann leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung (MM/JJ)? _____

Wurde eine Operation durchgeführt?

- Nein Ja, mit folgendem Ergebnis: _____
- Bösartig (dann bitte den Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen)
- Gutartig Nicht bekannt

An welchen Beschwerden leiden Sie?

- Atemnot Gewichtszunahme Heiserkeit
- Keine Beschwerden
- Andere Beschwerden, und zwar _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

- Nein Ja, welche? _____
- Jod z. B. Jodid, Jodetten Schilddrüsenhormontabletten, z. B. L-Thyroxin, Euthyrox
- Andere Medikamente, und zwar _____

Bestehen oder bestanden bei Ihnen Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Erhöhung der Harnsäure | <input type="checkbox"/> Typ 1 Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Typ 2 Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Unterfunktion der Nebennieren | <input type="checkbox"/> Überfunktion der Nebennieren | <input type="checkbox"/> Cushing-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Morbus Addison | <input type="checkbox"/> Akromegalie | |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Hirnanhangdrüse (Hypophyse) | | |
| <input type="checkbox"/> Angeborene Stoffwechselkrankheit (z. B. Leber, Muskel, Niere) | | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen von Schilddrüse, Nebennieren usw. (dann bitte den Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen) | | |
| <input type="checkbox"/> Andere hier nicht genannte des Stoffwechsels und der inneren Drüsen, und zwar | | |

Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung

Bei mehreren gleichzeitigen Erkrankungen 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!

DIABETES/ZUCKERKRANKHEIT

Liegt bei Ihnen Typ 1 Diabetes vor? Nein Ja

Liegt bei Ihnen Typ 2 Diabetes vor? Nein Ja

Liegt bei Ihnen eine andere Diabetesform vor? Nein Ja, welche? _____

Datum der erstmaligen Diabetesfeststellung (MM/JJ) _____

Ist bei Ihnen eine der folgenden Begleiterkrankungen der Diabetes aufgetreten?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Augenhintergrundveränderungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen im Gehirn, im Herz, in den Beinen | <input type="checkbox"/> Unterzuckerung (Schock) |
| <input type="checkbox"/> Empfindungsstörungen im Bereich der Beine (Sensibilitätsstörungen) | <input type="checkbox"/> Überzuckerung (Koma) |
| <input type="checkbox"/> Nicht normaler Urinbefund (Eiweiß im Urin) | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen |
| <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen im Zusammenhang mit Diabetes, welche? _____ | |

DIAGNOSE/BEFUND

Name/Anschrift des behandelnden Arztes _____

Datum (MM/JJ) _____

Genauere Diagnose

Führen Sie eine Selbstkontrolle durch? Nein Ja, und zwar (Fotokopien ggf. beifügen)

HARNSÄUREERHÖHUNG/GICHT

Liegt bei Ihnen eine Gicht vor? Nein Ja

Liegt bei Ihnen nur eine Erhöhung der Harnsäure im Blut vor (Hyperurikämie)? Nein Ja

Wann war das letzte Auftreten eines Gichtanfalls? Datum (MM/JJ) _____

Wie oft treten Gichtanfälle im Lauf eines Jahres auf? _____

Welche Gelenke waren bei Ihnen von Gichtanfällen betroffen? _____

BLUTDRUCK, BLUT- UND LABORWERTE

Welche Blutdruckwerte wurden bei Ihnen zuletzt gemessen?

Datum (ggf. Zeitpunkt) _____ Systolisch _____ Diastolisch _____

Datum (ggf. Zeitpunkt) _____ Systolisch _____ Diastolisch _____

Sind Ihnen Veränderungen der Blut- oder Laborwerte bekannt? Nein Ja, welche (ggf. Fotokopie beifügen)

Art des Wertes	Wert	Datum (MM/JJ), ggf. Zeitpunkt
Cholesterin (auch HDL/LDL)		
Triglyzeride (Neutralfette)		
Harnsäure		
Blutzucker nüchtern		
HbA1c		
Urinbefund/Mikroalbuminurie		

Sind Ihnen weitere Blut- oder Laborwerte bekannt? (Viren etc.) Nein Ja, welche (ggf. Fotokopie beifügen)

Art des Wertes	Wert	Datum (MM/JJ), ggf. Zeitpunkt

UNTERSUCHUNGEN/BEHANDLUNGEN

Wann und wo erfolgten bei Ihnen spezielle Untersuchungen oder Behandlungen bzw. sind diese geplant?

- Elektrokardiographische Untersuchung: Ruhe-EKG Belastungs-EKG Langzeit-EKG
- Ultraschalluntersuchung vom/von: Herz Bauchorganen Blutgefäßen
- Röntgenuntersuchungen Blutuntersuchung Operation Kernspin (MRT)
- Computertomographie (CT) Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie)
- Gewebeentnahme (Biopsie) Langzeitblutdruckmessung
- Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden

Datum (ggf. Zeitpunkt)	Welche Behandlungen?	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

Sofern Untersuchungen oder Behandlungen geplant sind:

Unter welchen Umständen soll die Untersuchung oder Behandlung erfolgen? _____

Datum (ggf. Zeitpunkt) _____

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente 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 beigelegt

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