

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_{1c} (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 Kommas (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