

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