

Fragebogen Stoffwechsel

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrages.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens:

Wenn Sie **lediglich an einer Schilddrüsenerkrankung** leiden, so füllen Sie bitte **nur den Teil 1** des Fragebogens aus.

Sofern Sie an einer anderen/weiteren Stoffwechselerkrankung leiden, füllen Sie bitte **den Teil 2** aus.

Sollte der Platz für die Beantwortung nicht ausreichen, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen und beizufügen.

**Teil 1
Krankheiten**

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der genannten Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?

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

Seit wann leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung (Monat/Jahr)?

Wurde eine Operation durchgeführt? Wenn ja, wie war das Ergebnis?

- bösartig (dann bitte den Fragebogen Tumore / Blutkrankheiten ausfüllen)
 gutartig keine Operation durchgeführt nicht bekannt

An welchen Beschwerden leiden Sie?

- Atemnot Gewichtszunahme Heiserkeit keine Beschwerden

andere Beschwerden, und zwar _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- Jod z. B. Jodid, Jodetten
 Schilddrüsenhormontabletten, z. B. L-Thyroxin, Euthyrox keine Medikamente

andere Medikamente, und zwar _____

**Teil 2
Krankheiten**

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung | <input type="checkbox"/> Unterfunktion der Nebennieren |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Überfunktion der Nebennieren |
| <input type="checkbox"/> Erhöhung der Harnsäure | <input type="checkbox"/> Cushing-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> M. Addison |
| <input type="checkbox"/> Typ 2 Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Akromegalie |
| <input type="checkbox"/> Typ 1 Diabetes mellitus | <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) |

andere hier nicht genannte Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Drüsen, und zwar _____

Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten.**

Genauere medizinische Diagnose _____

Datum
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden
und welcher Art?

Genauere medizinische Diagnose _____

Datum
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden
und welcher Art?

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

**Diabetes/
Zuckerkrankheit**

- Liegt bei Ihnen eine Zuckerkrankheit mit Insulinbehandlung von Beginn an (seit der Kindheit/Jugend) vor (Typ 1 Diabetes)?
- Liegt bei Ihnen eine Zuckerkrankheit mit schleichendem Beginn (in der Regel im Erwachsenenalter) vor (Typ 2 Diabetes)?
- Liegt bei Ihnen eine andere Diabetesform vor? Welche?

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) der erstmaligen Diabetesfeststellung

Ist bei Ihnen eine der folgenden Begleiterkrankungen der Diabetes aufgetreten?

- Augenhintergrundveränderungen
- Bluthochdruck
- Durchblutungsstörungen im Gehirn, im Herz, in den Beinen
- Empfindungsstörungen im Bereich der Beine (Sensibilitätsstörungen)
- Fettstoffwechselstörungen
- Unterzuckerung (Schock)
- Überzuckerung (Koma)
- nicht normaler Urinbefund (Eiweiß im Urin)
- andere Erkrankungen im Zusammenhang mit der Diabetes, welche?

Genauere medizinische Diagnose oder medizinischer Befund

Datum

Bei wem ärztlich behandelt? Wo? (Name/Anschrift)

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

**Harnsäureerhöhung
oder Gicht**

- Liegt bei Ihnen eine Gicht vor?
- Liegt bei Ihnen nur eine Erhöhung der Harnsäure im Blut vor (Hyperurikämie)?

Wann war das letztmalige Auftreten eines Gichtanfalls? Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Wie oft treten Gichtanfälle im Lauf eines Jahres auf?

Welche Gelenke waren bei Ihnen von Gichtanfällen betroffen?

**Blutdruck- und
Laborwerte**

Welche **Blutdruckwerte** wurden zuletzt bei Ihnen gemessen?

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

systolisch

diastolisch

□ □ □ □

□ □ □ □

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

systolisch

diastolisch

□ □ □ □

□ □ □ □

Sind Ihnen Veränderungen der **Blut- oder Laborwerte** bekannt? Nein Ja, und zwar (Fotokopien ggf. beifügen)

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

Sind Ihnen weitere **Blut- oder Laborwerte** bekannt? (auch Werte für Viren usw.) Nein Ja, und zwar
(**Fotokopien ggf. beifügen**)

Art des Wertes	Wert	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Untersuchungen / Behandlungen

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

- | | | |
|---|-----------------------------|---|
| 1. Blutuntersuchung | 4. Ultraschalluntersuchung | 7. Kernspin (MRT) |
| 2. elektrokardiographische Untersuchung | 4.1 von Blutgefäßen | 8. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 2.1 Ruhe-EKG | 4.2 des Herzens | 9. Gewebeentnahme (Biopsie) |
| 2.2 Belastungs-EKG | 4.3 der Bauchorgane | 10. Operation |
| 2.3 Langzeit-EKG | 5. Röntgenuntersuchungen | |
| 3. Langzeitblutdruckmessung | 6. Computertomographie (CT) | |

Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)

Ziffer	Befund / Maßnahme
_____	_____

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
_____	_____

Ziffer	Befund / Maßnahme
_____	_____

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
_____	_____

Sofern **Untersuchungen / Behandlungen** geplant sind

Ziffer	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Unter welchen Umständen soll die Untersuchung oder Behandlung erfolgen?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medikamente

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

Name des Medikaments _____

Ständige Einnahme, seit Datum
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Dosis

Zeitweilige Einnahme
Zeitraum

Dosis

Name des Medikaments _____

Ständige Einnahme, seit Datum
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Dosis

Zeitweilige Einnahme
Zeitraum

Dosis

Arbeitsunfähigkeiten

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

nein ja

Diagnose

Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Notarztbehandlung

Erfolgte wegen der Erkrankungen / Funktionsstörungen eine Notarztbehandlung?

nein ja, Datum _____ Grund _____

Krankenhausbehandlungen, 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.

Diagnose _____

Datum
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

Diagnose _____

Datum
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

Zusatzinformationen

Haben Sie zusätzliche Informationen beigefügt? nein ja

Schlussklärung und Unterschrift

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter (z. B. Vermittler) diesen Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen
zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)