

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden! Die Fragen beziehen sich auf die im Antrag angegebenen Fragezeiträume, d.h. i.d.R. ambulant 3 Jahre (KV) bzw. 5 Jahre (BU) und Krankenhaus / Operationen 5-10 Jahre.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Hypertonie (Bluthochdruck)

Beschreibung der Beschwerden

Wann sind die genannten Beschwerden erstmalig aufgetreten / diagnostiziert worden? ____ / ____ MM/JJJJ

Kennen Sie Ihre Blutdruckwerte zum Zeitpunkt der Diagnose? ja nein

Falls ja: Bitte geben Sie die Werte an: ____ / ____ (syst./diast.)

Bitte präzisieren Sie die Art der Messung:

Ruhemessung 24-Stunden-Tagesmittelwert 24-Stunden-Mittelwert

Welche Blutdruckwerte werden aktuell bei Ihnen gemessen? (Bitte geben Sie die aktuellst möglichen Werte an.)

Datum: ____ / ____ (syst./diast.)

Datum: ____ / ____ (syst./diast.)

Bitte präzisieren Sie die Art der Messung:

Ruhemessung 24-Stunden-Tagesmittelwert 24-Stunden-Mittelwert

Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden bekannt? ja nein

Falls ja: Bitte geben Sie – wenn möglich – die Diagnose(n) des Arztes an.

Bestehen oder bestanden bei Ihnen weitere Gesundheitsstörungen?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herz- / Kreislaufanomalien |
| <input type="checkbox"/> EKG-Veränderungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose |
| <input type="checkbox"/> Leberschädigung | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen / Durchblutungsstörungen | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> keine weiteren | | |

Behandlung der Beschwerden

Werden regelmäßig Blutdruckmessungen durchgeführt? ja nein

Falls ja: Wer führt die Messungen durch? Eigenmessung (Bitte legen Sie eine Kopie Ihrer Aufzeichnungen bei.)
 behandelnder Arzt

Wie häufig werden die Blutdruckmessungen durchgeführt?

____ mal täglich ____ mal wöchentlich

Welche der folgenden Untersuchungen wurde bei Ihnen durchgeführt?

Elektrokardiogramm (EKG) ja nein

Falls ja: Wann? ____ / ____ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis? _____

Belastungs-EKG (Ergometrie) ja nein

Falls ja: Wann? ____ / ____ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis? _____

24-Stunden- bzw. Langzeitblutdruckmessung ja nein

Falls ja: Wann? ____ / ____ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis? _____

Echokardiografie ja nein

Falls ja: Wann? ____ / ____ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis? _____

Röntgenuntersuchung ja nein

Falls ja: Wann? ____ / ____ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis? _____

Blutfettwerte ja nein

Falls ja: Wann? ____ / ____ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis? _____

andere Untersuchung ja nein

Falls ja: Welche? _____

Wann? ____ / ____ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis? _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Hypertonie (Bluthochdruck)

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Beschwerden ein?					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Welche?	Medikament	Dosis	Häufigkeit	eingegenommen seit	bis	
_____	_____	_____	_____	___/___	___/___	
_____	_____	_____	_____	___/___	___/___	
_____	_____	_____	_____	___/___	___/___	
_____	_____	_____	_____	___/___	___/___	

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit

Besteht oder bestand wegen Ihrer Beschwerden Arbeitsunfähigkeit? ja nein
 Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig?
 Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils angedauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)

Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- /Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten? ja nein
 Falls ja: Ist ein Berufs- /Arbeitsplatzwechsel erfolgt? ja nein
 Falls ja: Bitte geben Sie den Zeitpunkt des Wechsels, den früheren und jetzigen Beruf an.

Besteht eine Schwerbehinderung (GdB) oder wurde ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS, ehemals MdE) festgestellt? ja nein
 Falls ja: _____ % GdB _____ % GdS (Bitte Kopie des amtlichen Bescheids beilegen – nicht des Ausweises)

Nikotinkonsum

Konsumieren Sie Tabak? ja nein
 Falls ja: Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos? _____ Stück
 Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Pfeifen-, Kau- oder Schnupftabak? _____ Gramm

Konsumieren Sie Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen? ja nein
 Falls ja: In welchen Mengen? _____ Stück pro Tag

behandelnde Ärzte

Werden oder wurden (weitere) Ärzte in Anspruch genommen? ja nein
 Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?

zusätzliche Bemerkungen

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort, Datum _____ Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig _____ Unterschrift der zu versichernden Person _____