

Zusatzklärung Diabetes

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 2 von 3
	<p>War im Zusammenhang mit dem Diabetes bereits einmal eine Notfallversorgung erforderlich?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen zu hoher Zuckerwerte Wie oft? _____ mal</p> <p>Wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, wegen Unterzucker (Schock) Wie oft? _____ mal</p> <p>Wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)</p>
Erkrankungen	<p>Welche weiteren Erkrankungen sind bereits aufgetreten?</p> <p><input type="checkbox"/> der Haut (z. B. Juckreiz/Infektionen/Furunkel) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Welche? _____</p> <p><input type="checkbox"/> der Augen (z. B. Veränderungen des Augenhintergrundes/Netzhautablösung) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Welche? _____</p> <p><input type="checkbox"/> des Herzens (z. B. KHK, Infarkt, TIA) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Welche? _____</p> <p><input type="checkbox"/> der Nerven (z. B. Neuropathie) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Welche? _____</p> <p><input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen (Arme, Beine) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p>genaue Angaben _____</p> <p><input type="checkbox"/> der Nieren (auch Eiweiß im Urin) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Welche? _____</p> <p>Bei medikamentöser Therapie bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben</p> <p>_____</p> <p>Die Einnahme erfolgt <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf</p> <p>Die Symptome/Werte haben sich <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> sind gleich geblieben</p> <p>Welche Beschwerdesymptome haben Sie derzeit?</p> <p>Ist die Behandlung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ (Monat/Jahr)</p>
Weitere Fragen an die zu versichernde Person	<p>Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum? _____</p> <p>wie lange? _____ Wochen wie oft _____ mal wann zuletzt _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____</p> <p>Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____</p> <p>Rauchen Sie?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, was und wie viel pro Tag? _____ Stück/täglich</p>

