



Zusatzklärung Gicht

Zu versichernde Person: _____ Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Erläuterungen

Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!

Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie **uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben**, auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.

In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. **Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.**

Anfälle

Wann wurde bei Ihnen erstmalig eine Harnsäureerhöhung bzw. Gicht festgestellt? _____ (Monat/Jahr)

Sind bei Ihnen Gichtanfälle aufgetreten?

- nein ja, bis zu 2 mal pro Jahr mehr als 2 mal pro Jahr
 akute Behandlungsdauer <1 Tag akute Behandlungsdauer länger als 1 Tag

Ärzte

Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren behandelt (Name und Anschrift)?

Welcher Arzt behandelt und kontrolliert Sie derzeit regelmäßig (Name und Anschrift)? _____

_____ keiner

Wann waren Sie dort zuletzt? _____ (Monat/Jahr)

Untersuchungsergebnisse

Welche Laborwerte haben sich zuletzt ergeben?

Harnsäurewert	(HS)	_____	mg/dl						
Blutfettwerte	(Chol)	_____	mg/dl	(LDL)	_____	mg/dl			
	(HDL)	_____	mg/dl	(TG)	_____	mg/dl			
Leberwerte	(GGT)	_____	U/l	(GPT)	_____	U/l	(GOT)	_____	U/l
Nierenfunktionswerte	(HST)	_____	mg/dl	(KREA)	_____	mg/dl			
Blutzuckerwert	(NBZ)	_____	mg/dl	(HbA1c)	_____	mg/dl			
Blutdruckmessung		_____	(systolisch/diastolisch)						
Urinuntersuchung	Zucker	_____		Eiweiß	_____		Blut	_____	
Größe, Gewicht, Bauchumfang		_____	cm		_____	kg		_____	cm

Wie wird die Gicht/Harnsäureerhöhung behandelt?

- bislang keine Behandlung medikamentöse Therapie Diät

Bei medikamentöser Therapie bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben

Die Einnahme erfolgt regelmäßig nur bei Bedarf

Die Symptome/Werte haben sich verbessert verschlechtert sind gleich geblieben

Zusatzklärung Gicht

Zu versichernde Person: _____ Antragsnummer: _____
 (bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____ Seite 2

Begleit-erkrankungen

Welche weiteren Erkrankungen sind bereits aufgetreten?

der Gelenke (z. B. chronische Gelenksschäden) ein Gelenk betroffen mehrere Gelenke betroffen

Welche(s) Gelenk(e)? _____ seit _____ (Monat/Jahr)

des Herzens (z. B. Infarkt, Insuffizienz, Vergrößerung) Welche? _____ von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

der Nieren (z. B. Nierensteine,-entzündung, Urineiweiß) Welche? _____ von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

der Leber (z. B. Fettleber) Welche? _____ von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Diabetes/gestörte Glukoseregulation Typ 1 Typ 2 seit _____ (Monat/Jahr)

erhöhter Blutdruck (Hypertonie) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Erhöhung der Blutfettwerte von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Übergewicht (Adipositas) seit _____ (Monat/Jahr)

welche anderen, nicht genannten Erkrankungen? _____ seit _____ (Monat/Jahr)

Welche Beschwerdesymptome, Folgen bestehen derzeit? _____

_____ keine

Ist die Behandlung abgeschlossen? nein ja, seit _____ (Monat/Jahr)

Weitere Fragen an die zu versichernde Person

Waren Sie wegen der Gelenkbeschwerden in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen am Stück arbeitsunfähig?

nein ja, von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?

nein ja, was ist der Grund dafür? _____

Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?

nein ja, was ist der Grund dafür? _____

Nehmen Sie Alkohol zu sich? nein ja, was? _____ wie viel pro Woche? _____

Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt? nein ja

Planen Sie einen solchen Wechsel? nein ja

Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten? nein ja

Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach!

Bitte immer beantworten:

Folgen noch weitere Angaben?

ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten

ja, es folgen noch weitere Angaben

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person