

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.

Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden. Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten zehn Jahre.

## Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen

### Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems leiden oder litten Sie?

- Atemnot                       Herzklopfen, -stolpern, -jagen                       Schmerzen in der Herzgegend  
 geschwollene Beine                       Schwindel  
 andere Beschwerden: \_\_\_\_\_

Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden bekannt?

ja     nein

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

- Koronare Herzkrankheit (Herzinfarkt, Verengung der Herzkranzgefäße)                       Herzrhythmusstörungen  
 Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz)                       Herzklappenfehler                       Angina pectoris  
 arterielle Durchblutungsstörung der Beine                       Gefäßleiden                       Krampfadern  
 Blutbildveränderungen  
 andere Kreislauferkrankung: \_\_\_\_\_

Wenn Ihnen möglich, präzisieren Sie die oben genannte(n) Ursache(n):

\_\_\_\_\_

Wann sind die genannten Beschwerden erstmalig aufgetreten? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Wann sind die genannten Beschwerden letztmalig aufgetreten? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ     andauernd

Wann treten die genannten Beschwerden auf?

- bei körperlicher Anstrengung                       nach körperlicher Anstrengung                       dauerhaft  
 unregelmäßig                       sonstiges: \_\_\_\_\_

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

Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ (syst. / diast.)                      Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ (syst. / diast.)  
 Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ (syst. / diast.)                      Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ (syst. / diast.)  
 Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ (syst. / diast.)                      Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ (syst. / diast.)

Bitte präzisieren Sie die Art der Messung:

- Ruhemessung                       24-Stunden-Tagesmittelwert                       24-Stunden-Mittelwert

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden?

ja     nein

Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_

Welche anderen Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Erhöhung der Blutfette, Nierenerkrankungen, Gicht) bestehen oder bestanden im Zusammenhang mit den genannten Beschwerden?     keine

\_\_\_\_\_

### Behandlung der Beschwerden

Wurde wegen der genannten Beschwerden eine der folgenden Untersuchungen vorgenommen?     ja     nein

- EKG     Langzeit-EKG     Belastungs-EKG (Ergometrie)     Langzeitblutdruckmessung  
 Herzkatheter                       Echokardiografie     sonstige Untersuchung: \_\_\_\_\_

Was hat Ihnen Ihr Arzt über das Untersuchungsergebnis mitgeteilt?

\_\_\_\_\_

Erfolgt oder erfolgte eine Behandlung im Krankenhaus?

ja     nein

Falls ja: Welche Behandlung / Therapie wurde oder wird durchgeführt?

- Bypass     Stent     PTCA     künstliche Herzklappe                       Herzschrittmacher  
 andere Behandlung: \_\_\_\_\_

Wann und in welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt? (Bitte Name, Anschrift, Fachabteilung angeben)

\_\_\_\_\_

Wie lange wurden Sie stationär aufgenommen? \_\_\_\_ Kalendertage

Ist die Behandlung abgeschlossen?     ja     nein

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Beschwerden ein?  ja  nein

Falls ja: Welche?	Medikament	Dosis	täglich		gelegentlich		eingegenommen	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit	bis
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___

Wurde Operation durchgeführt oder eine weitergehende Behandlung angeraten?  ja  nein

Falls ja:  Behandlung angeraten  Operation angeraten  Operation durchgeführt, wann? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ MM/JJJJ  
Welcher Art? \_\_\_\_\_

Wurde eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt?  ja  nein

Falls ja:  empfohlen  beantragt  durchgeführt  
Welche Maßnahme, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)  
\_\_\_\_\_

**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 andauert? (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

\_\_\_\_\_