

Zusatzfragebogen

als Ergänzung zum Antrag/ zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom: _____
(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag/ in der Anmeldung
bzw. in der Angebotsanforderung)

Bluthochdruck / Hypertonie

Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> arterielle Hypertonie | <input type="checkbox"/> systolischer Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> renale Hypertonie | <input type="checkbox"/> Grenzwerthypertonie |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Weißkittelhypertonie |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | |

Bestehen oder bestanden Erkrankungen des Herzens? ja nein

Wenn „ja“, welche?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Herzvergrößerung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | |
-

Um welche Form der Hypertonie (des Bluthochdrucks) handelt es sich?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nierenbedingt (renal) | <input type="checkbox"/> hormonell bedingt (endokrin) |
| <input type="checkbox"/> Aortenisthmusstenose
(Einengung der Hauptschlagader) | <input type="checkbox"/> ohne bekannte Ursache (essentiell) |
| <input type="checkbox"/> sonstige Ursache, welche? | |
-

Wann wurde der Bluthochdruck erstmals festgestellt?

Hatten Sie Beschwerden/Symptome?

- ja nein

Wenn „ja“, welche?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Brust |
| <input type="checkbox"/> Herzschmerzen | <input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen in Armen und Beinen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | |
-

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

Wann sind die Beschwerden zuletzt aufgetreten?

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt bzw. angedacht?

- | | | |
|--|-------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> EKG, Ergometrie | wann? _____ | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Computer- oder Kernspintomographie | wann? _____ | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzkatheteruntersuchung | wann? _____ | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonographie, Ultraschalluntersuchung | wann? _____ | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Doppler- bzw. Farbdoppleruntersuchung | wann? _____ | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Langzeitblutdruckmessung | wann? _____ | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Laboruntersuchungen | wann? _____ | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | wann? _____ | wie oft? _____ |
-

Befund/ Untersuchungsergebnis?

Bitte überlassen Sie uns eine Kopie der Behandlungs- und Befundberichte!

Wann wurde der Blutdruck zuletzt gemessen? _____ in Eigenmessung
 Praxis/Arzt

Mit welchem Ergebnis (in Ruhe)? RR syst.: _____ RR diast.: _____

Sind obige Blutdruckwerte unter Medikation? ja nein

Nehmen Sie wegen Bluthochdruck Medikamente ein? ja nein

Wenn „ja“, Name? - Dosierung?

Welche Behandlungsweisen/ Therapien sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

medikamentöse Therapie von - bis? _____

stationäre Behandlung von - bis? _____

Kurzbehandlung von - bis? _____

Kam es bereits zu Folgeschäden (z.B. Gefäßverengung, Herzvergrößerung, Netzhautschäden oder Nierenschäden)? ja nein

Wenn „ja“, welche Folgeschäden liegen vor?

Bestehen weitere Risikofaktoren, die die Prognose der kardiovaskulären Erkrankungen beeinträchtigen? ja nein

Wenn „ja“, welche?

Diabetes mellitus Hypercholesterinämie

Hypertriglyzeridämie Hyperurikämie (Harnsäure erhöht)

Sonstige, welche? Übergewicht

Nikotin (Menge)? _____

Alkohol (Menge)? _____

Wann waren Sie zuletzt in Behandlung? _____

Sind weitere diagnostische und/oder therapeutische
Maßnahmen notwendig, angeraten oder beabsichtigt? ja nein

Wenn „ja“, welche?

Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei? ja nein

Wenn „ja“, seit wann?

Wenn „nein“, welche Beschwerden bestehen?

Welcher Arzt kann Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben.)

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller/ Anmeldenden bzw. Interessenten:

Hinweis: Bitte überlassen Sie uns für kurze Zeit (möglichst in Kopie) die Ihnen vorliegenden
Entlassungs- und Untersuchungs- sowie Behandlungs- und Befundberichte.

Erklärung

Die gemachten Angaben zu den Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.
Für die Richtigkeit der Angaben bin ich alleinverantwortlich, auch wenn ich die Erklärung nicht selbst aus-
gefüllt habe. Die Hinweise auf die „Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag habe ich beachtet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten