

Alte Leipziger Leben

Absender:

\_\_\_\_\_  
Postfach 1660  
61406 Oberursel

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Versicherungs-Nr.:** \_\_\_\_\_  
**Zu versichernde Person:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## Fragebogen zu Herz- und Gefäßerkrankungen (1.2)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden des Herzens oder der Kreislauforgane / Gefäße (auch Bluthochdruck [Werte größer 140/90mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödeme, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Nur falls Krampfadern / Lymphödeme bestehen oder bestanden: Welche Körperteile oder Organe sind von der Krampfaderbildung / den Lymphödemem betroffen?

Unterschenkel:     nein  
                           ja      Falls ja, seit wann?   

Oberschenkel:     nein  
                           ja      Falls ja, seit wann?   

andere Stelle:     nein  
                           ja      Falls ja, seit wann?   

Welche anderen Körperstellen?

Wie viele Stunden pro Tag stehen Sie durchschnittlich? \_\_\_\_\_

3. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Herzklopfen, Atemnot, Angstgefühle, Herzbeklemmungen, Schmerzen im Brustkorb bei Belastung, Schwindel, Bewusstseinsverlust, Schmerzen / Missempfindungen oder Schwellungen an Armen oder Beinen in Ruhe oder bei Belastung, blutdruckabhängige Kopfschmerzen)?  nein  ja

Falls ja, wann erstmals? .. Wann zuletzt? ..

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

---

---

---

4. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?  nein  ja  
*(Bitte alle Behandlungen der letzten 3 Jahre angeben und die erste Behandlung, auch wenn sich diese außerhalb dieses Zeitraums befindet. Bitte ggf. Beiblatt benutzen.)*

erstmals aufgesucht am: .. zuletzt aufgesucht am: ..

erstmals aufgesucht am: .. zuletzt aufgesucht am: ..

5. Wurde Ihr Blutdruck **in den letzten 3 Jahren** gemessen?  nein  ja

Falls ja, wie hoch war er bei den letzten Messungen?

\_\_\_\_/\_\_\_\_ Wann gemessen? ..  ohne Medikation  mit Medikation

\_\_\_\_/\_\_\_\_ Wann gemessen? ..  ohne Medikation  mit Medikation

\_\_\_\_/\_\_\_\_ Wann gemessen? ..  ohne Medikation  mit Medikation

6. Wurden **in den letzten 3 Jahren** Elektrokardiogramme (EKG) in Ruhe oder unter Belastung, Langzeitblutdruckmessungen oder andere Funktionstests des Herz-Kreislaufsystems durchgeführt? *Befunde bitte beifügen!*  nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann? ..

7. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen **in den letzten 3 Jahren** behandelt?

keine Behandlung

Blutdruckmittel

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: .. bis: ..

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

2. Blutdruckmittel

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: .. bis: ..

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Mittel gegen

Herzrasen/ -stolpern

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: .. bis: ..

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

(Fortsetzung Frage 7 auf der nachfolgenden Seite)

(Fortsetzung Frage 7)

- Mittel zur „Blutverdünnung“ Medikamentenname: \_\_\_\_\_  
von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|  
wie oft täglich? \_\_\_\_\_
  
- andere Medikamente Medikamentenname: \_\_\_\_\_  
von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|  
wie oft täglich? \_\_\_\_\_
  
- Lymphdrainagen von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|  
wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_
  
- Herzschrittmacher seit wann? |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|
  
- Stützstrümpfe seit wann? |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|
  
- Verödung der Venen wann? |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|  
erfolgreich?  ja  nein
  
- andere Therapien Welche? \_\_\_\_\_  
von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|  
wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

8. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen arbeitsunfähig?  nein  ja  
Falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal  
von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|  
von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

9. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT], Szintigraphie / nuklear-medizinische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchungen [auch Echokardiographie] oder Doppleruntersuchungen) wegen der Beschwerden / Erkrankungen durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja  
Falls ja, welche Untersuchungen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja  
Falls ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Wann? |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

11. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?

**Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann?

□□□.□□□.□□□□□

12. Sind aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig?

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

In welchen Abständen?

---

---

---

Wann zuletzt?

□□□.□□□.□□□□□

13. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Schmerzen, Luftnot, Belastungseinschränkungen, Schwellungen der Beine, Durchblutungsstörungen, Geschwüre)?

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

14. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

---

---

---

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x