

## 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)

Zuname
--------

Versicherungsnummer
---------------------

Vorname
---------

Geburtsdatum
--------------

## Herz-, Gefäß- und Kreislauferkrankungen

**Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!  
Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen an-  
zeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt ha-  
ben.**

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> arterielle Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt            |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler                 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz       |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                     | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen             | <input type="checkbox"/> Herzmuskelschwäche     |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche?                 |   |

---

Bei Bluthochdruck beantworten Sie bitte den Fragebogen zu »Bluthochdruck«.

Liegt eine Grunderkrankung bzw. Ursache vor?  ja  nein

Wenn »ja«, welche?

---

Welche Beschwerden/ Symptome hatten bzw. haben Sie noch?

(z.B. Atemnot, Herzklopfen oder -schmerzen, Herzrasen, Schmerzen in der Brust, Gefühlsstörungen in Armen oder Beinen, Wadenkrämpfe, Schwindel)

---

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? \_\_\_\_\_

Wann sind die Beschwerden zuletzt aufgetreten? \_\_\_\_\_

Sind die Beschwerden noch vorhanden?  nein, seit \_\_\_\_\_ nicht mehr

ja, dauernd  ja, gelegentlich: wie oft im Jahr? \_\_\_\_\_

Wenn »ja«, welche Beschwerden liegen noch vor?

\_\_\_\_\_

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt bzw. angedacht?

EKG, Ergometrie wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_

Computer- oder Kernspintomographie wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_

Herzkatheteruntersuchung wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_

Sonographie, Ultraschalluntersuchung wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_

Doppler- bzw. Farbdoppleruntersuchung wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_

Langzeitblutdruckmessung wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_

Laboruntersuchungen wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_

Sonstige, welche? wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Befund/ Untersuchungsergebnis?

\_\_\_\_\_

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

Wann wurde der Blutdruck zuletzt gemessen? \_\_\_\_\_

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

Sind obige Blutdruckwerte unter Medikation?  ja  nein

Wie lauten die aktuellen Laborwerte?

Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ LDL-Wert: \_\_\_\_\_ HDL-Wert: \_\_\_\_\_

Triglyceride: \_\_\_\_\_ Blutzucker / Glukose (nüchtern): \_\_\_\_\_

**Bitte überlassen Sie uns die Befunde der letzten 2 Laborwertmessungen.**

Nikotin (Menge)?

---

Alkohol (Menge)?

---

Nehmen Sie wegen der Herz-/ Kreislauf-  
erkrankung Medikamente ein?

ja       nein

Wenn »ja«, Name? - Dosierung?

---

Welche Behandlungsweisen/ Therapien sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

- medikamentöse Therapie      von - bis? \_\_\_\_\_
- Herzschrittmacher      wann? \_\_\_\_\_
- Operation      wann? \_\_\_\_\_
- Kurbehandlung      von - bis? \_\_\_\_\_

Kam es bereits zu Folgeschäden (z.B. Gefäßver-  
engung, Herzvergrößerung, Netzhautschäden  
oder Nierenschäden)?

ja       nein

Wenn »ja«, welche Folgeschäden liegen vor?

---

Nur bei »**Bluthochdruck**« zu beantworten: Um welche Form der Hypertonie handelt es sich?

- nierenbedingt (renal)       hormonell bedingt (endokrin)
- Aortenisthmusstenose       ohne bekannte Ursache (essentiell)  
(Einengung der Hauptschlagader)
- sonstige Ursache, welche?

---

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 ausgefüllt habe. Ich weiß, dass ich bei Verletzung dieser Pflichten meinen Versicherungsschutz gefährde bzw. kein annahmefähiges Angebot erstellt werden kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten