

Zusatzklärung Bluthochdruck (Hypertonie)

 Lebensversicherung Krankenversicherung

Antragsdatum

Antrag-Nr.

Versicherte Person

Name

Anschrift

Geburtsdatum

Detaillierte Angaben ersparen meistens Rückfragen. Bei diesem Fragebogen handelt es sich um ein Formschreiben. Deshalb kann es sein, dass Daten aus dem Antrag noch einmal abgefragt werden.

1. Seit wann ist bei Ihnen ein Bluthochdruck bekannt?

2. Wie waren die höchsten Blutdruckwerte?

/ mm/Hg am

3. Wie waren die letzten Blutdruckwerte?

/ mm/Hg am

/ mm/Hg am

4. Wird Ihr Blutdruck derzeit medikamentös behandelt?

 ja nein

Wenn ja, Name der Medikamente und ihre Dosis?

5. Bestehen oder bestanden Erkrankungen des Herzens (z. B. Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzvergrößerung)?

 ja nein

Wenn ja, bitte nähere Angaben:

6. Bestehen Erkrankungen der Nieren?

 ja nein

Wenn ja, bitte nähere Angaben:

7. Bestehen Veränderungen des Augenhintergrundes?

 ja nein

Wenn ja, bitte nähere Angaben:

Zusatzklärung Bluthochdruck (Hypertonie)

8. Wurden erhöhte Laborwerte festgestellt? ja nein**Wenn ja, mit welchem Ergebnis und wann?**

	Ergebnis	Datum
Cholesterin		
Triglyceride		
GOT		
GPT		
Gamma-GT		
Blutzucker		
Harnsäure		
Eiweiß im Urin		
Sonstige (bitte näher ausführen)		

9. Waren Sie wegen des Bluthochdrucks in stationärer Krankenhausbehandlung oder Kurbehandlung? ja nein**Wenn ja, bitte Namen, Anschrift und Zeitraum angeben:****10. Bitte machen Sie Angaben zu den letzten Untersuchungen:****EKG**Name und Anschrift des Arztes
Datum und Ergebnis**Ultraschalluntersuchung des Herzens**Name und Anschrift des Arztes
Datum und Ergebnis**Langzeitblutdruckmessung**Name und Anschrift des Arztes
Datum und Ergebnis**Laboruntersuchung**Name und Anschrift des Arztes
Datum und Ergebnis**Blutdruckkontrolle**Name und Anschrift des Arztes
Datum und Ergebnis**11. Bei welchem Arzt befinden Sie sich derzeit in Behandlung? Bitte Name und Anschrift angeben:****12. Nehmen Sie weitere, bisher nicht genannte Medikamente?** ja nein**Grund, Name der Medikamente und Dosis?****13. Rauchen Sie Zigaretten?** ja nein**Wenn ja, wie viele pro Tag?**

Zusatzerklärung Bluthochdruck (Hypertonie)

14. Waren Sie jemals berufsunfähig oder länger als 4 Wochen arbeitsunfähig?

ja

nein

Wegen welcher Erkrankung? Wann und wie lange?

Mir ist bekannt, dass die Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten sind. Ich weiß, dass die R+V Versicherung bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person