

Zusatzklärung Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

Lebensversicherung

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. Wann wurde der Diabetes bei Ihnen festgestellt?

Um welche Form der Diabetes handelt es sich?

Typ I Typ II

2. Bei welchem Arzt sind Sie zurzeit in Behandlung? Bitte geben Sie Name und Anschrift an:

3. Bitte geben Sie die letzten Laborwerte an:

Ergebnis	Datum
Blutzucker	
Blutzuckertagesprofil	
<input type="checkbox"/> HbA1 oder	
<input type="checkbox"/> HbA1 _c	
Harnuntersuchung:	
- Zucker	
- Eiweiß	

Wurden erhöhte Laborwerte festgestellt?

ja nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis und wann?

Ergebnis	Datum
Cholesterin	
HDL	
Triglyceride	
GOT	
GPT	
Gamma-GT	

4. Halten Sie eine entsprechende Diät ein?

ja nein

5. Wird Ihr Diabetes mit Tabletten behandelt?

ja nein

Welches Präparat nehmen Sie mit welcher Dosis täglich und seit wann?

Zusatzerklärung Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

6. Wird Ihr Diabetes mit Insulin behandelt?

ja nein

Anzahl der täglichen Einheiten und seit wann?

7. Erfolgt hypoglykämische Schocks (Schweißausbruch, Schwindel, Übelkeit usw. durch Unterzuckerung)?

ja nein

Wie oft?

Wann zuletzt?

Bestand jemals ein diabetisches Koma (kurz oder länger andauernde Bewußtlosigkeit durch Überzuckerung)?

ja nein

Wie oft?

Wann zuletzt?

8. Haben Sie wegen Ihres Diabetes Krankenhäuser, Heilanstalten oder Kurorte aufgesucht?

ja nein

Bitte geben Sie Datum und Anschrift an:

9. Wurde bei Ihnen eine Augenhintergrunduntersuchung vorgenommen?

ja nein

Wann, bei wem und mit welchem Ergebnis?

10. Haben Sie in den letzten Jahren an Gewicht zugenommen?

ja nein

Haben Sie in den letzten Jahren an Gewicht abgenommen?

ja nein

Wie viel und in welchem Zeitraum?

11. Wurden bei Ihnen folgende Krankheiten festgestellt?

diabetische Nierenerkrankung ja nein

diabetische Nervenerkrankung ja nein

Durchblutungsstörungen ja nein

Bitte geben Sie Datum, Name und Anschrift des Arztes an:

Zusatzerklärung Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

12. Wurde bei Ihnen erhöhter Blutdruck gemessen?

ja, wann: nein

Welche Blutdruckwerte wurden festgestellt?

/ mm/Hg am / mm/Hg am

Werden blutdrucksenkende Mittel eingenommen?

ja nein

Name der Medikamente und Dosis?

Nehmen Sie weitere Medikamente?

ja nein

Warum nehmen Sie die Medikamente?

Welche Präparate und welche Dosis?

13. Rauchen Sie Zigaretten?

ja nein

Wenn ja, wie viele pro Tag?

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

ja nein

Wegen welcher Erkrankung? Wann und wie lange?

15. Nehmen Sie an einem Disease Management Programm für Diabetiker der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung teil?

ja nein

Falls ja, legen Sie bitte eine Kopie Ihres Diabetiker-Ausweises und der letzten Folge-Dokumentation bei.

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