

Zusatzklärung Harnsäure-Erhöpfung/Gicht

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 eine Erhöhung der Harnsäure/eine Gicht bekannt?

2. War diese jemals mit Beschwerden verbunden? Wenn ja, bitte nähere Angaben.

Gelenkentzündungen

ja

nein

Wie oft und welche Gelenke jeweils?

Nierenerkrankungen (z. B. Nierenentzündung, Nierenstein- oder Harnleiterstein)

ja

nein

Wie oft und welche Erkrankung?

Sonstige Beschwerden

ja

nein

Wenn ja, bitte nähere Angaben:

3. Wurden erhöhte Laborwerte festgestellt?

ja

nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis und wann?

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

4. Wurde bei Ihnen ein auffälliger Urinbefund festgestellt?

ja

nein

Wenn ja, bitte nähere Angaben:

Zusaterklärung Harnsäure-Erhöhung/Gicht

5. Wurde bei Ihnen erhöhter Blutdruck gemessen?

ja, wann: nein

Welche Blutdruckwerte wurden zuletzt gemessen?

/ mm/Hg am / mm/Hg am

6. Wurden Ihnen Medikamente zur regelmäßigen Einnahme verordnet, z. B. zur Senkung der Harnsäure, der Blutfette oder des Blutdrucks?

ja nein

Name der Medikamente und Dosis?

7. Sind weiterhin Medikamente erforderlich?

ja nein

Name der Medikamente und Dosis?

8. Bei welchem Arzt befinden sich Unterlagen über diese Erkrankung? Bitte Name und Anschrift angeben:

9. Rauchen Sie Zigaretten?

ja nein

Wenn ja, wie viele pro Tag?

10. 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