

# Zusatzklärung Herz- und Kreislauferkrankungen

 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. Leiden oder litten Sie an irgendeiner Erkrankung des Herzens oder der Kreislauforgane?**

 ja, wann: nein

**2. Welche Diagnose stellte der Arzt (z. B. Durchblutungsstörungen, hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, Klappenfehler, Herzmuskelschaden, Angina pectoris, Herzinfarkt)?**

**3. Ist Ihnen die Ursache bekannt?**

 ja, welche: nein

**4. Falls die Erkrankung anfallsweise auftrat, Zahl und Zeitdauer der Anfälle?**

**Wann war der letzte Anfall?**

**Wurden Sie bewusstlos?**

 ja nein

**5. Hatten Sie**

**Krankenhausaufenthalte?**

 ja nein

**Weshalb, wann und wo?**

**Operationen?**

 ja nein

**Weshalb, wann und wo?**

**Kuren?**

 ja nein

**Weshalb, wann und wo?**

**6. Welche Medikamente wurden verordnet? Name und Dosis angeben:**

**Welche Medikamente sind weiterhin erforderlich? Name und Dosis angeben:**

# Zusatzklärung Herz- und Kreislauferkrankungen

**7. Bitte machen Sie Angaben zu den letzten Untersuchungen:**

**Röntgenuntersuchung**

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Ergebnis

**EKG**

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Ergebnis

**Langzeitblutdruckmessung**

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Ergebnis

**Ultraschall der Blutgefäße**

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

**8. Sind Sie jetzt vollständig gesund?**

ja

nein

Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch?

**9. Haben Sie in den letzten 3 Jahren an Gewicht zugenommen?**

ja

nein

Haben Sie in den letzten 3 Jahren Gewicht abgenommen?

ja

nein

Wie viel in welchem Zeitraum?

**10. Welche Ärzte (außer den in Punkt 7 genannten) haben Sie behandelt oder behandeln Sie jetzt noch? Bitte Name und Anschrift angeben:**

Wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?

**11. Wurde bei Ihnen erhöhter Blutdruck gemessen?**

ja, wann:

nein

Welche Blutdruckwerte wurden gemessen?

/ mm/Hg am

/ mm/Hg am

Werden blutdrucksenkende Mittel eingenommen?

ja

nein

Wenn ja, Name der Medikamente und Dosis?

## Zusatzerklärung Herz- und Kreislauferkrankungen

**12. 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)		

**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?**

**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