

Selbstauskunft für Herz-, Blutgefäß- und Kreislauferkrankungen

Anfrage vom: _____

Name der Person: _____ geb. am: _____

wohnhaft in: _____

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2.1. Welche Beschwerden/Symptome hatten bzw. haben Sie? (z.B. Herzklopfen, Atemnot, Beängstigung, Herzschmerzen, Schwindel oder Gefühlsstörungen in den Extremitäten)

2.2. Wann sind sie erstmals aufgetreten?

Wann zuletzt?

3. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

4. Wie wurde behandelt?

5. Ist eine Krankenhaus-/Kurbehandlung durchgeführt worden?

ja nein

Wann?

6. Haben Sie jetzt noch Beschwerden?

ja nein

Welche?

7. Sind Ihre Füße geschwollen (ständig, zeitweise, zu welcher Tageszeit)?

8. Wann wurde zuletzt der Blutdruck ohne Medikamenteneinnahme gemessen?

Werte?

Angabe der Cholesterinwerte, falls bekannt:

9. Wann wurde zuletzt ein Elektrokardiogramm (EKG) angefertigt?

Ergebnis?

10. Welche Arzneimittel nehmen Sie ein?

Dosierung?

11. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

12. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

13. Waren oder sind Sie zeitlich begrenzt arbeits- oder berufsunfähig?

ja nein

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil meines Vertrages. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
bzw. deren gesetzlichen Vertreter