

## Zusätzliche Erklärung über Bluthochdruck

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Seit wann besteht der Bluthochdruck? \_\_\_\_\_

Datum	Blutdruck in mm HG	
	systolisch	diastolisch
_____	_____	_____
_____	systolisch	diastolisch

Welche Werte wurden bei den letzten beiden Blutdruckuntersuchungen gemessen?

Sind Ursachen für die Erkrankung bekannt?  nein  ja

Wenn ja:

Ist der Bluthochdruck durch eine Nierenfunktionsstörung bedingt?  nein  ja

Welche sonstige Ursachen sind bekannt? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente sind erforderlich? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen  
- werden jetzt durchgeführt? \_\_\_\_\_  
- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? \_\_\_\_\_

**Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter