

Zusatzklärung (Hyperurikämie/Gicht)

Antrags-/Vertrags-Nr.

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

1. Haben Sie gelitten oder leiden Sie an

- erhöhten Harnsäurewerten (Hyperurikämie) ?
- Gicht?
- Gichtarthritis?
- chronisch-tophöser Gicht (Knotenbildung)?
- Pseudogicht (Chondrokalzinose)?

2. Bitte nennen Sie uns die beiden zuletzt gemessenen Harnsäurewerte.

mg/dl gemessen am:

mg/dl gemessen am:

3. Hatten Sie bereits einen (Pseudo-) Gichtanfall?

- nein
- ja

Wie oft pro Jahr? Wann zuletzt? Genaue Lokalisation?

4. Was ist Ihnen als Ursache bekannt geworden (Grunderkrankung)?

5. Leiden Sie zudem unter einer der folgenden Erkrankungen?

- Leukämie
- Lymphom
- Psoriasis (Schuppenflechte)
- Bluthochdruck
- Nephrolithiasis (Nierensteine)
- Gichtnephropathie

Bitte nennen Sie uns aktuelle Blutdruckwerte:
 syst.: / diast.: Wann gemessen?

6. Wann wurden Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankungen untersucht, beraten und/oder behandelt?

ambulant	Von – bis <input type="text"/>	Name und Anschrift des Arztes/des Krankenhauses/der Kurklinik <input type="text"/>
stationär (bitte Entlassungsbericht beifügen)	Von – bis <input type="text"/>	Name und Anschrift des Krankenhauses <input type="text"/>
Heilstätten, Sanatorium, Kur (bitte Entlassungsbericht beifügen)	Von – bis <input type="text"/>	Name und Anschrift der Kurklinik <input type="text"/>

7. Art der Behandlungen/Therapien (z.B. Massage, Kurzwelle (Wärme- bzw. Kältetherapie), Röntgenbestrahlungen, -untersuchungen)?

Medikamente

- nein
- ja

Welche? Menge? Wie oft?

Operationen

- nein
- ja

Art? Wann?

Zusatzklärung (Hyperurikämie/Gicht)

Antrags-/Vertrags-Nr.

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Sonstige?
 nein Welche?
 ja

8. Wurden weitere Untersuchungen vorgenommen, geplant oder angeraten (z.B. Röntgen, Echokardiographie, Ultraschall, Doppler, Szintigraphie, Kernspin, Computertomographie)?
 nein Welche? Wann?
 ja

9. Sind Sie beschwerdefrei?
 nein Welche Folgen/Beschwerden bestehen?
 ja Seit wann?

10. Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an bzw. wurde dieser ärztlich angeraten?
 nein
 ja
 Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel bereits erfolgt?
 nein Weshalb?
 ja

11. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente und/oder besitzen oder beantragen Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht (bitte entsprechende Bescheide inkl. Begründungsteil beifügen)?
 nein MdE in %? GdB in %?
 ja
 Aus welchem Grund?

12. Bestand/besteht wegen der o.a. oder einer anderen Erkrankung Arbeits-, Schul-, Studien-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit?
 nein
 ja Diagnose? Von – bis

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

Wichtiger Hinweis:
 Die unvollständige oder unrichtige Beantwortung der Fragen kann den Versicherer berechtigen, je nach Umständen und dem Grad des Verschuldens für eine solche unrichtige oder unvollständige Beantwortung, vom Vertrag zurückzutreten, diesen zu kündigen oder rückwirkend anzupassen (Ausschluss eines Risikos oder Anhebung der Prämie), was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Mehr zu diesem Thema entnehmen Sie bitte den Erläuterungen und Hinweisen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in Ihrem Antrag.

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort Datum

Unterschrift der zu versichernden Person Unterschrift des gesetzlichen Vertreters