

## Zusatzfragebogen

als Ergänzung zum Antrag/ zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom: \_\_\_\_\_  
(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag/ in der Anmeldung  
bzw. in der Angebotsanforderung)

## Herz-, Gefäß- und Kreislauferkrankungen

**Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag.**

**Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.**

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> arterielle Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt            |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler                 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz       |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                     | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen             | <input type="checkbox"/> Herzmuskelschwäche     |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche?                 |   |

---

Bei Bluthochdruck beantworten Sie bitte den Fragebogen zu „Bluthochdruck“.

Liegt eine Grunderkrankung bzw. Ursache vor?  ja  nein

Wenn „ja“, welche?

---

Welche Beschwerden/ Symptome hatten bzw. haben Sie noch?  
(z.B. Atemnot, Herzklopfen oder -schmerzen, Herzrasen, Schmerzen in der Brust, Gefühlsstörungen in Armen oder Beinen, Wadenkrämpfe, Schwindel)

---

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

---

Wann sind die Beschwerden zuletzt aufgetreten?

---

Sind die Beschwerden noch vorhanden?

nein, seit \_\_\_\_\_ nicht mehr

ja, dauernd

ja, gelegentlich: wie oft im Jahr? \_\_\_\_\_

Wenn „ja“, welche Beschwerden liegen noch vor?

---

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

EKG, Ergometrie                      wann? \_\_\_\_\_                      wie oft? \_\_\_\_\_

Computer- oder Kernspintomographie                      wann? \_\_\_\_\_                      wie oft? \_\_\_\_\_

Herzkatheteruntersuchung                      wann? \_\_\_\_\_                      wie oft? \_\_\_\_\_

Sonographie, Ultraschalluntersuchung                      wann? \_\_\_\_\_                      wie oft? \_\_\_\_\_

Doppler- bzw. Farbdoppleruntersuchung                      wann? \_\_\_\_\_                      wie oft? \_\_\_\_\_

Langzeitblutdruckmessung                      wann? \_\_\_\_\_                      wie oft? \_\_\_\_\_

Laboruntersuchungen                      wann? \_\_\_\_\_                      wie oft? \_\_\_\_\_

Sonstige, welche?                      wann? \_\_\_\_\_                      wie oft? \_\_\_\_\_

---

Befund/ Untersuchungsergebnis?

---

**Bitte überlassen Sie uns eine Kopie der Behandlungs- und Befundberichte!**

Wann wurde der Blutdruck zuletzt gemessen? \_\_\_\_\_

Mit welchem Ergebnis (in Ruhe)? RR syst.: \_\_\_\_\_ RR diast.: \_\_\_\_\_

Sind obige Blutdruckwerte unter Medikation?  ja  nein

Wie lauten die aktuellen Laborwerte?

Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ LDL-Wert: \_\_\_\_\_ HDL-Wert: \_\_\_\_\_

Triglyceride: \_\_\_\_\_ Blutzucker / Glukose (nüchtern): \_\_\_\_\_

**Bitte überlassen Sie uns die Befunde der letzten 2 Laborwertmessungen.**

Nikotin (Menge)? \_\_\_\_\_

Alkohol (Menge)? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie wegen der Herz-/ Kreislauf-  
erkrankung Medikamente ein?  ja  nein

Wenn „ja“, Name? - Dosierung?  
\_\_\_\_\_

Welche Behandlungsweisen/ Therapien sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

medikamentöse Therapie von - bis? \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher wann? \_\_\_\_\_

Operation wann? \_\_\_\_\_

Kurbehandlung von - bis? \_\_\_\_\_

Kam es bereits zu Folgeschäden (z.B. Gefäßverengung, Herzvergrößerung, Netzhautschäden oder Nierenschäden)?

ja  nein

Wenn „ja“, welche Folgeschäden liegen vor?

---

Nur bei „**Bluthochdruck**“ zu beantworten: Um welche Form der Hypertonie handelt es sich?

- nierenbedingt (renal)  hormonell bedingt (endokrin)  
 Aortenisthmusstenose (Einengung der Hauptschlagader)  ohne bekannte Ursache (essentiell)  
 sonstige Ursache, welche?
- 

Wann waren Sie zuletzt in Behandlung?

---

Sind weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen notwendig, angeraten oder beabsichtigt?

ja  nein

Wenn „ja“, welche?

---

Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?

ja  nein

Wenn „ja“, seit wann?

---

Wenn „nein“, welche Beschwerden bestehen?

---

Welcher Arzt kann Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben.)

---

---

