

# Fragebogen: Erhöhte Cholesterinwerte

---

## Zur Krankenversicherung

Antrags- bzw. Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Antrag vom: \_\_\_\_\_

Versicherte Person (Name, Vorname): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie sämtliche Umstände an, auch wenn Sie ihnen nur geringfügige Bedeutung beimessen. Wenn Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, verwenden Sie bitte ein Beiblatt.

Wurde ein Beiblatt verwendet?  ja oder  nein (wenn ja, Anzahl der Blätter: \_\_\_\_\_ )

## Hinweise zum GenDiagnostikGesetz (GenDG)

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden.

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

		ANTWORTEN		
1.	Wie lautet die genaue Diagnose Ihrer Erkrankung? Ist die Ursache bekannt?			
2.	Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch?			
3.	Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung bzw. hatten Sie Beschwerden?			
4.	Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit? Wenn ja, seit wann?			
5.	Bestehen noch Folgen oder Beschwerden, die auf die Erkrankung zurückzuführen sind? Wenn ja, welche?			
6.	Ist ein stationärer Aufenthalt angeraten oder fand ein solcher statt? Wenn ja, wann? Bitte reichen Sie uns ggf. den KH-Entlassungsbericht ein.			
7.	Bitte nennen Sie uns die letzten drei Blutdruckwerte:	Blutdruck	Datum	Unter Medikation?
		_____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		_____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		_____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.	Bitte geben Sie uns folgenden Laborwerte an:	Werte	Datum	Unter Medikation?
		Cholesterin _____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		HDL _____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		LDL _____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Triglyceride _____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.	Welche Medikamente nahmen/nehmen Sie ein? ( Bitte genaue Bezeichnung, Dosis und Einnahmezeitraum angeben!)			

## Fragebogen: Erhöhte Cholesterinwerte

---

10.	Bestehen Beschwerden bzgl. des Herzens und des Kreislaufs ggf. welcher Art sind diese?	
11.	Wurde ein EKG angefertigt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	
12.	Kam es bereits zu einem Herzinfarkt oder Schlaganfall?	
13.	Wie lange und wann bestand Arbeitsunfähigkeit?	
14.	Welcher Arzt ist über diese Erkrankung am besten informiert? ( Sollten Ihnen Berichte, Werte o.ä. vorliegen, fügen Sie uns diese bitte bei.)	
15.	Sind zur Wiederherstellung Ihrer Gesundheit Kuren, Heilverfahren, Reha-Maßnahmen durchgeführt worden? Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis? Bitte reichen Sie, falls vorhanden, einen entsprechenden Bericht ein.	

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Angaben. Sie sind von mir nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich keine Angaben gegenüber dem Vermittler weder schriftlich oder mündlich gemacht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person o. des gesetzl. Vertreters