Zusatzerklärung Herz und Kreislauf

Zu versichernde Person: _____ Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Erläuterungen

Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!

Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie **uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben,** auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.
In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. **Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)" in eigenen Worten anzugeben.**

Erkrankung

An welchen Erkrankungen des Herzens oder des Kreislaufes leiden oder litten Sie?

☐ erhöhter Blutdruck (Hypertonie)
☐ erniedrigter Blutdruck (Hypotonie)

Sind ausschließlich Blutdruckbeschwerden ohne Ursache oder andere Grunderkrankungen vom Arzt festegestellt worden, genügt die Zusatzerklärung Blutdruck

☐ Herzrhythmusstörungen
☐ Herzmuskelschaden
☐ Herzinfarkt
☐ Herzdilatation: ☐ links ☐ rechts
☐ Verengung der Herzkranzgefäße: ☐ Eingefäßerkrankung ☐ Mehrgefäßerkrankung
☐ Linksschenkelblock: ☐ komplett ☐ inkomplett
☐ Rechtsschenkelblock: ☐ komplett ☐ inkomplett
☐ Herzklappenfehler/-prolaps
☐ Herzmuskelentzündung
☐ funktionelle Herzbeschwerden
☐ Herzhypertrophie: ☐ links ☐ rechts
☐ Herzklappeninsuffizienz
☐ Angina Pectoris
☐ koronare Herzerkrankung
☐ Herzinsuffizienz
☐ Ventrikel-Septum-Defekt

☐ Welche hier nicht genannte Herz- Kreislauferkrankung? _____

In welchem Rhythmus traten diese Erkrankungen bislang auf?

☐ einmalig von _____ bis _____ (Monat/Jahr) wie lange? _____ Stunden _____ Tage

☐ anfallsartig, wie oft? _____ mal wie lange durchschnittlich? _____ Minuten _____ Stunden _____ Tage

wann erstmalig? _____ (Monat/Jahr) wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)

☐ dauernd von _____ (Monat/Jahr) bis _____ (Monat/Jahr)

Ärzte

Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren untersucht und behandelt (Name und Anschrift)?

_____ von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

_____ von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Unter-suchungen

Welche Untersuchungen wurden in den letzten 5 Jahren durchgeführt?

☐ körperliche Untersuchung _____ (Monat/Jahr)

☐ letzte Labor-Untersuchung _____ (Monat/Jahr)

☐ letzte Blutdruckmessung _____ (Monat/Jahr) _____ (syst/diast)

☐ 24-Std.-Blutdruckmessung _____ (Monat/Jahr)

Tagesmittel _____ (syst/diast) Nachtmittel _____ (syst/diast) Gesamtmittel _____ (syst/diast)

☐ EKG in Ruhe _____ (Monat/Jahr)

☐ EKG unter Belastung _____ (Monat/Jahr)

☐ Langzeit-EKG _____ (Monat/Jahr)

☐ (Doppler) Eckokardiographie _____ (Monat/Jahr)

☐ Spiral-Computertomographie (Spiral-CT) _____ (Monat/Jahr)

☐ Angiographie _____ (Monat/Jahr)

Zusatzerklärung Herz und Kreislauf

Zu versichernde Person: _____ Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____ Seite 2 von 3

Wurden dabei nicht normale Befunde erhoben?
☐ nein ☐ ja, welche? Bei welchem Arzt können die entsprechenden Befunde angefordert werden? (Bei Mehrfachnennungen bitte zuordnen)

_____

_____

Welche Grundleiden/Erkrankungsursachen wurden ärztlicherseits festgestellt? _____

_____ ☐ keine festgestellt

Behandlung

Wie wurde die Erkrankung/die Beschwerden behandelt?
☐ keine Behandlung erfolgt ☐ mit Medikamenten

Bei medikamentöser Therapie bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben

_____

Die Einnahme erfolgt(e) ☐ derzeit noch immer ☐ regelmäßig ☐ nur bei Bedarf

☐ nicht mehr seit _____ (Monat/Jahr)

☐ sonstige Behandlung _____ (Monat/Jahr)

Die Symptome haben sich ☐ verbessert ☐ verschlechtert ☐ sind gleich geblieben

Welche Operationen wurden in den letzten 10 Jahren durchgeführt? _____ ☐ ambulant ☐ stationär

Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____

_____

☐ Ablationsoperation _____ (Monat/Jahr)

☐ PTCA (perkutane transluminale Coronarangioplastie/Ballondilatation) _____ (Monat/Jahr)

☐ Atherektomie (Öffnung von verengten oder verschlossenen Herzkranzgefäßen) _____ (Monat/Jahr)

☐ TMR (transmyokardiale Revaskularisation mittels Laserkatheder) _____ (Monat/Jahr)

☐ ACVB (aortocoronare Venen-Bypassoperation) _____ (Monat/Jahr)

Wie viele Bypässe wurden gelegt? _____

☐ Implantation eines Herzschrittmachers _____ (Monat/Jahr)

☐ Herztransplantation _____ (Monat/Jahr)

☐ sonstige Behandlung _____

Die Symptome haben sich ☐ verbessert ☐ verschlechtert ☐ sind gleich geblieben

Welche Operationen/minimalinvasive Eingriffe sind geplant? _____

_____ wann _____ (Monat/Jahr) ☐ ambulant ☐ stationär

Waren oder sind Sanatoriums- oder Kuraufenthalte erforderlich?

☐ nein ☐ ja, wann _____ (Monat/Jahr)

In welcher Einrichtung (Name und Anschrift)?

_____

_____

Zusatzerklärung Herz und Kreislauf

Zu versichernde Person: _____ Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____ Seite 3 von 3

Wurden Sie als geheilt aus der Behandlung entlassen? ☐ nein ☐ ja

Welche Folgen/Beschwerdesymptome bestehen derzeit? _____

Welcher Arzt behandelt/kontrolliert Sie derzeit? _____

Weitere Fragen an die zu versichernde Person

Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?

☐ nein ☐ ja, warum? _____

wie lange? _____ Wochen wie oft ___ mal wann zuletzt _____ (Monat/Jahr)

Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?

☐ nein ☐ ja, was ist der Grund dafür? _____

Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?

☐ nein ☐ ja, was ist der Grund dafür? _____

Rauchen Sie?
☐ ja, was und wie viel pro Tag? _____ Stück/täglich

☐ nein, seit wann nicht mehr? _____ (Monat/Jahr)

☐ nein ich habe noch nie geraucht!

Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt?	☐ nein	☐ ja
Planen Sie einen solchen Wechsel?	☐ nein	☐ ja
Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten?	☐ nein	☐ ja

Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach !
Bitte immer beantworten:
Folgen noch weitere Angaben?

☐ ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten

☐ ja, es folgen noch weitere Angaben

Unterschrift

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift der zu versichernden Person

Belehrung

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?
Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?
Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.