

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden! Die Fragen beziehen sich auf die im Antrag angegebenen Fragezeiträume, d.h. i.d.R. ambulant 3 Jahre (KV) bzw. 5 Jahre (BU) und Krankenhaus / Operationen 5-10 Jahre.

## Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Hypertonie (Bluthochdruck)

### Beschreibung der Beschwerden

Wann sind die genannten Beschwerden erstmalig aufgetreten / diagnostiziert worden? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Kennen Sie Ihre Blutdruckwerte zum Zeitpunkt der Diagnose?  ja  nein

Falls ja: Bitte geben Sie die Werte an: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (syst./diast.)

Bitte präzisieren Sie die Art der Messung:

Ruhemessung  24-Stunden-Tagesmittelwert  24-Stunden-Mittelwert

Welche Blutdruckwerte werden aktuell bei Ihnen gemessen? (Bitte geben Sie die aktuellst möglichen Werte an.)

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (syst./diast.)

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (syst./diast.)

Bitte präzisieren Sie die Art der Messung:

Ruhemessung  24-Stunden-Tagesmittelwert  24-Stunden-Mittelwert

Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden bekannt?  ja  nein

Falls ja: Bitte geben Sie – wenn möglich – die Diagnose(n) des Arztes an.

Bestehen oder bestanden bei Ihnen weitere Gesundheitsstörungen?

Fettstoffwechselstörung  Diabetes  Herz- / Kreislaufanomalien

EKG-Veränderungen  Nierenerkrankung  Arteriosklerose

Leberschädigung  Gefäßerkrankungen / Durchblutungsstörungen

andere: \_\_\_\_\_

keine weiteren

### Behandlung der Beschwerden

Werden regelmäßig Blutdruckmessungen durchgeführt?  ja  nein

Falls ja: Wer führt die Messungen durch?  Eigenmessung (Bitte legen Sie eine Kopie Ihrer Aufzeichnungen bei.)

behandelnder Arzt

Wie häufig werden die Blutdruckmessungen durchgeführt?

\_\_\_\_ mal täglich  \_\_\_\_ mal wöchentlich

Welche der folgenden Untersuchungen wurde bei Ihnen durchgeführt?

**Elektrokardiogramm (EKG)**  ja  nein

Falls ja: Wann? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

**Belastungs-EKG (Ergometrie)**  ja  nein

Falls ja: Wann? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

**24-Stunden- bzw. Langzeitblutdruckmessung**  ja  nein

Falls ja: Wann? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

**Echokardiografie**  ja  nein

Falls ja: Wann? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

**Röntgenuntersuchung**  ja  nein

Falls ja: Wann? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

**Blutfettwerte**  ja  nein

Falls ja: Wann? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

**andere Untersuchung**  ja  nein

Falls ja: Welche?

Wann?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Hypertonie (Bluthochdruck)

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Beschwerden ein?					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Welche?	Medikament	Dosis	Häufigkeit	eingegenommen seit	bis	
_____	_____	_____	_____	___/___	___/___	
_____	_____	_____	_____	___/___	___/___	
_____	_____	_____	_____	___/___	___/___	
_____	_____	_____	_____	___/___	___/___	

**Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit**

**Besteht oder bestand wegen Ihrer Beschwerden Arbeitsunfähigkeit?**  ja  nein  
 Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig?  
 Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils angedauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- /Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten?**  ja  nein  
 Falls ja: Ist ein Berufs- /Arbeitsplatzwechsel erfolgt?  ja  nein  
 Falls ja: Bitte geben Sie den Zeitpunkt des Wechsels, den früheren und jetzigen Beruf an.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Besteht eine Schwerbehinderung (GdB) oder wurde ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS, ehemals MdE) festgestellt?**  ja  nein  
 Falls ja: \_\_\_\_ % GdB \_\_\_\_ % GdS (Bitte Kopie des amtlichen Bescheids beilegen – nicht des Ausweises)

**Nikotinkonsum**

**Konsumieren Sie Tabak?**  ja  nein  
 Falls ja: Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos? \_\_\_\_ Stück  
 Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Pfeifen-, Kau- oder Schnupftabak? \_\_\_\_ Gramm

**Konsumieren Sie Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen?**  ja  nein  
 Falls ja: In welchen Mengen? \_\_\_\_\_ Stück pro Tag

**behandelnde Ärzte**

**Werden oder wurden (weitere) Ärzte in Anspruch genommen?**  ja  nein  
 Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**zusätzliche Bemerkungen**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig \_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Person \_\_\_\_\_