

Zusatzklärung Gicht

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Beruf: _____
Erläuterungen	<p>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!</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Anfälle	<p>Wann wurde bei Ihnen erstmalig eine Harnsäureerhöhung bzw. Gicht festgestellt? _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Sind bei Ihnen Gichtanfälle aufgetreten?</p> <p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> bis zu 2 mal pro Jahr <input type="checkbox"/> mehr als 2 mal pro Jahr <input type="checkbox"/> akute Behandlungsdauer <1 Tag <input type="checkbox"/> akute Behandlungsdauer länger als 1 Tag </p>
Ärzte	<p>Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren behandelt (Name und Anschrift)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Welcher Arzt behandelt und kontrolliert Sie derzeit regelmäßig (Name und Anschrift)? _____ <input type="checkbox"/> keiner</p> <p>Wann waren Sie dort zuletzt? _____ (Monat/Jahr)</p>
Untersuchungsergebnisse	<p>Welche Laborwerte haben sich zuletzt ergeben?</p> <p>Harnsäurewert (HS) _____ mg/dl</p> <p>Blutfettwerte (Chol) _____ mg/dl (LDL) _____ mg/dl</p> <p>(HDL) _____ mg/dl (TG) _____ mg/dl</p> <p>Leberwerte (GGT) _____ U/l (GPT) _____ U/l (GOT) _____ U/l</p> <p>Nierenfunktionswerte (HST) _____ mg/dl (KREA) _____ mg/dl</p> <p>Blutzuckerwert (NBZ) _____ mg/dl (HbA1c) _____ mg/dl</p> <p>Blutdruckmessung _____ (systolisch/diastolisch)</p> <p>Urinuntersuchung Zucker _____ Eiweiß _____ Blut _____</p> <p>Größe, Gewicht, Bauchumfang _____ cm _____ kg _____ cm</p> <p>Wie wird die Gicht/Harnsäureerhöhung behandelt?</p> <p> <input type="checkbox"/> bislang keine Behandlung <input type="checkbox"/> medikamentöse Therapie <input type="checkbox"/> Diät </p> <p>Bei medikamentöser Therapie bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Die Einnahme erfolgt <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf</p> <p>Die Symptome/Werte haben sich <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> sind gleich geblieben</p>

Zusatzklärung Gicht

Zu versichernde Person: _____

Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____

Seite 2

**Begleit-
erkrankungen**

Welche weiteren Erkrankungen sind bereits aufgetreten?

der Gelenke (z. B. chronische Gelenksschäden) ein Gelenk betroffen mehrere Gelenke betroffen

Welche(s) Gelenk(e)? _____ seit _____ (Monat/Jahr)

des Herzens (z. B. Infarkt, Insuffizienz, Vergrößerung) Welche? _____ von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

der Nieren (z. B. Nierensteine,-entzündung, Urineiweiß) Welche? _____ von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

der Leber (z. B. Fettleber) Welche? _____ von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Diabetes/gestörte Glukoseregulation Typ 1 Typ 2 seit _____ (Monat/Jahr)

erhöhter Blutdruck (Hypertonie) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Erhöhung der Blutfettwerte von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Übergewicht (Adipositas) seit _____ (Monat/Jahr)

welche anderen, nicht genannten Erkrankungen? _____ seit _____ (Monat/Jahr)

Welche Beschwerdesymptome, Folgen bestehen derzeit? _____

_____ keine

Ist die Behandlung abgeschlossen? nein ja, seit _____ (Monat/Jahr)

**Weitere Fragen
an die zu
versichernde
Person**

Waren Sie wegen der Gelenkbeschwerden in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen am Stück arbeitsunfähig?

nein ja, von _____ bis _____ (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? _____

Nehmen Sie Alkohol zu sich? nein ja, was? _____ wie viel pro Woche? _____

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