

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.

Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden. Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten zehn Jahre.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems leiden oder litten Sie?

- Atemnot Herzklopfen, -stolpern, -jagen Schmerzen in der Herzgegend
 geschwollene Beine Schwindel
 andere Beschwerden: _____

Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden bekannt?

ja nein

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

- Koronare Herzkrankheit (Herzinfarkt, Verengung der Herzkranzgefäße) Herzrhythmusstörungen
 Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz) Herzklappenfehler Angina pectoris
 arterielle Durchblutungsstörung der Beine Gefäßleiden Krampfadern
 Blutbildveränderungen
 andere Kreislauferkrankung: _____

Wenn Ihnen möglich, präzisieren Sie die oben genannte(n) Ursache(n):

Wann sind die genannten Beschwerden erstmalig aufgetreten? ___ / ___ MM/JJJJ

Wann sind die genannten Beschwerden letztmalig aufgetreten? ___ / ___ MM/JJJJ andauernd

Wann treten die genannten Beschwerden auf?

- bei körperlicher Anstrengung nach körperlicher Anstrengung dauerhaft
 unregelmäßig sonstiges: _____

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

Datum: _____ ___ / ___ (syst. / diast.) Datum: _____ ___ / ___ (syst. / diast.)
Datum: _____ ___ / ___ (syst. / diast.) Datum: _____ ___ / ___ (syst. / diast.)
Datum: _____ ___ / ___ (syst. / diast.) Datum: _____ ___ / ___ (syst. / diast.)

Bitte präzisieren Sie die Art der Messung:

- Ruhemessung 24-Stunden-Tagesmittelwert 24-Stunden-Mittelwert

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden?

ja nein

Falls ja: Welche? _____

Welche anderen Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Erhöhung der Blutfette, Nierenerkrankungen, Gicht) bestehen oder bestanden im Zusammenhang mit den genannten Beschwerden? keine

Behandlung der Beschwerden

Wurde wegen der genannten Beschwerden eine der folgenden Untersuchungen vorgenommen? ja nein

- EKG Langzeit-EKG Belastungs-EKG (Ergometrie) Langzeitblutdruckmessung
 Herzkatheter Echokardiografie sonstige Untersuchung: _____

Was hat Ihnen Ihr Arzt über das Untersuchungsergebnis mitgeteilt?

Erfolgt oder erfolgte eine Behandlung im Krankenhaus?

ja nein

Falls ja: Welche Behandlung / Therapie wurde oder wird durchgeführt?

- Bypass Stent PTCA künstliche Herzklappe Herzschrittmacher
 andere Behandlung: _____

Wann und in welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt? (Bitte Name, Anschrift, Fachabteilung angeben)

Wie lange wurden Sie stationär aufgenommen? _____ Kalendertage

Ist die Behandlung abgeschlossen? ja nein

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Beschwerden ein? ja nein

Falls ja: Welche?	Medikament	Dosis	täglich		gelegentlich		eingegenommen	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit	bis
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___

Wurde Operation durchgeführt oder eine weitergehende Behandlung angeraten? ja nein

Falls ja: Behandlung angeraten Operation angeraten Operation durchgeführt, wann? ___/___/___ MM/JJJJ
Welcher Art? _____

Wurde eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt? ja nein

Falls ja: empfohlen beantragt durchgeführt
Welche Maßnahme, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)

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 andauert? (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