

Zusätzliche Erklärung über Bluthochdruck

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte
Geburtsdatum: _____

Seit wann besteht der Bluthochdruck? _____

Ist der Blutdruck medikamentös auf Normalwerte eingestellt? nein ja
Oberer Wert (Systole) bis 139 mm HG,
unterer Wert (Diastole) bis 89 mm HG.

Fanden wegen dieser Erkrankung stationäre Behandlungen und/oder Kuren statt, bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten? nein ja

Welche Medikamente sind erforderlich? _____
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung? _____

Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? _____

Welche Behandlungen
- werden jetzt durchgeführt? _____
- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? _____

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter