VERSICHERUNGS KAMMER BAYERN

Zusätzliche Erklärung über Bluthochdruck

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte _____
Geburtsdatum: _____

Seit wann besteht der Bluthochdruck? _____

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

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