

Zusätzliche Erklärung über Herz- Kreislaufferkrankungen

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Wann sind die Herz-/Kreislauf-
beschwerden erstmals aufgetreten? _____

Welcher Arzt hat die Erkrankung
festgestellt? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann? _____

Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung? _____
Welche Behandlungen wurden dabei
durchgeführt? _____

Welcher Art sind/waren die Beschwerden?

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| - Schwindel? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| - Atemnot? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| - Herzschmerzen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| - Geschwollene Beine? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| - Rhythmusstörungen
(Herzrasen, -stolpern)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Nehmen/nahmen Sie Medikamente
oder Salben? nein ja

Wenn ja, welche? _____
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Sind/waren die Blutdruckwerte erhöht? nein ja

Wenn ja, bitte Werte angeben: _____

Welche Beschwerden bestehen zurzeit? _____

Bei wem 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