Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Zusätzliche Erklärung über Herz- Kreislauferkrankungen

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?	☐ nein	☐ ja
- Atemnot?	☐ nein	☐ ja
- Herzschmerzen?	☐ nein	☐ ja
- Geschwollene Beine?	☐ nein	☐ ja
- Rhythmusstörungen (Herzrasen, -stolpern)?	☐ nein	☐ 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