



**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