

## 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