

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_ RLNR.: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.  
 Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.  
 Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten drei Jahre.**

## Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen

### Beschreibung der Beschwerden

**Unter welchen Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems leiden oder litten Sie?**

- Atemnot  Herzklopfen, -stolpern, -jagen  Schmerzen in der Herzgegend  
 geschwollene Beine  Schwindel  
 andere Beschwerden: \_\_\_\_\_

**Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden bekannt?**  ja  nein

Falls ja: Bitte geben Sie, wenn möglich, die Diagnose(n) des Arztes an.

- Koronare Herzkrankheit (Herzinfarkt, Verengung der Herzkranzgefäße)  Herzrhythmusstörungen  
 Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz)  Herzklappenfehler  Angina pectoris  
 arterielle Durchblutungsstörung der Beine  Gefäßleiden  Krampfadern  
 Blutbildveränderungen  
 andere Kreislauferkrankung: \_\_\_\_\_

Wenn Ihnen möglich, präzisieren Sie die oben genannte(n) Ursache(n):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Wann sind die genannten Beschwerden erstmalig aufgetreten?** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

**Wann sind die genannten Beschwerden letztmalig aufgetreten?** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ  andauernd

**Wann treten die genannten Beschwerden auf?**

- bei körperlicher Anstrengung  nach körperlicher Anstrengung  dauerhaft  
 unregelmäßig  sonstiges: \_\_\_\_\_

**Welche Blutdruckwerte werden aktuell bei Ihnen gemessen?** (Bitte geben Sie die aktuellst möglichen Werte an.)

Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ (syst. / diast.) Puls: \_\_\_\_\_ (Schläge pro Minute)

Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ (syst. / diast.) Puls: \_\_\_\_\_ (Schläge pro Minute)

Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ (syst. / diast.) Puls: \_\_\_\_\_ (Schläge pro Minute)

Bitte präzisieren Sie die Art der Messung:

- Ruhemessung  24-Stunden-Tagesmittelwert  24-Stunden-Mittelwert

**Bestehen noch Folgen oder Beschwerden?**  ja  nein

Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Welche anderen Erkrankungen** (z. B. Diabetes mellitus, Erhöhung der Blutfette, Nierenerkrankungen, Gicht) **bestehen oder bestanden im Zusammenhang mit den genannten Beschwerden?**  keine  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Behandlung der Beschwerden

**Wurde wegen der genannten Beschwerden eine der folgenden Untersuchungen vorgenommen?**  ja  nein

- EKG  Langzeit-EKG  Belastungs-EKG (Ergometrie)  Langzeitblutdruckmessung  
 Herzkatheter  Echokardiografie  sonstige Untersuchung: \_\_\_\_\_

Was hat Ihnen Ihr Arzt über das Untersuchungsergebnis mitgeteilt?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Erfolgt oder erfolgte in den letzten 10 Jahren eine Behandlung im Krankenhaus?**  ja  nein

Falls ja: Welche Behandlung / Therapie wurde oder wird durchgeführt?

- Bypass  Stent  PTCA  künstliche Herzklappe  Herzschrittmacher  
 andere Behandlung: \_\_\_\_\_

Wann und in welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt? (Bitte Name, Anschrift, Fachabteilung angeben)  
 Warum?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wie lange wurden Sie stationär aufgenommen? \_\_\_\_\_ Kalendertage

Ist die Behandlung abgeschlossen?  ja  nein

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

**Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

**Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Beschwerden ein?**  ja  nein

Falls ja: Welche?	Medikament	Dosis	täglich	gelegentlich	eingenommen	
					seit	bis
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___

**Wurde in den letzten 10 Jahren eine Operation durchgeführt oder ist eine weitergehende Behandlung angeraten?**  ja  nein

Falls ja:  Behandlung angeraten  Operation angeraten  Operation durchgeführt, wann? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ MM/JJJJ  
Welcher Art? \_\_\_\_\_

**Wurde in den letzten 10 Jahren eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt?**  ja  nein

Falls ja:  empfohlen  beantragt  durchgeführt  
Welche Maßnahme, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)  
\_\_\_\_\_

**Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit**

**Besteht oder bestand wegen Ihrer Beschwerden Arbeitsunfähigkeit?**  ja  nein

Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig?  
Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils andauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)  
\_\_\_\_\_

**Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten?**  ja  nein

Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt?  ja  nein

**Nikotinkonsum**

**Konsumieren Sie Tabak?**  ja  nein

Falls ja: Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos? \_\_\_\_\_ Stück  
Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Pfeifen-, Kau- oder Schnupftabak? \_\_\_\_\_ Gramm

**Konsumieren Sie Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer wie beispielsweise E-Zigaretten, Shisha, E-Zigarren oder E-Pfeifen?**  ja  nein

Falls ja: In welchen Mengen? \_\_\_\_\_ Stück pro Tag

**behandelnde Ärzte**

**Werden oder wurden (weitere) Ärzte in Anspruch genommen?**  ja  nein

Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?

**zusätzliche Bemerkungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person