

- Allianz Lebensversicherungs-AG  
 Deutsche Lebensversicherungs-AG



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 Durchblutungsstörungen der Beine

### Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden, verursacht durch Durchblutungsstörungen der Beine, leiden oder litten Sie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden oder Diagnose des Arztes bekannt?  ja  nein

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Treten oder traten beim Gehen Beschwerden auf?  ja  nein

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

Welche Strecke kann schmerzfrei (am Stück) bewältigt werden? \_\_\_\_\_ m

Welches Bein ist oder war von den Beschwerden betroffen?

links  rechts  beide

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Wann sind die Beschwerden letztmals aufgetreten? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ  andauernd

Bestehen oder bestanden noch andere Krankheiten (z. B. Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Herzkrankheiten, Diabetes, Durchblutungsstörungen der Halsgefäße, der Arme oder der Herzkranzgefäße)?  ja  nein

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden?  ja  nein

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Behandlung der Beschwerden

Welche Behandlung wird oder wurde durchgeführt?  keine

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Waren Sie wegen der genannten Beschwerden in ärztlicher Behandlung oder in den letzten 10 Jahren in stationärer Behandlung?  ja  nein

Warum? \_\_\_\_\_

Falls ja: Wann zuerst? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ Wann zuletzt? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Bei welchem Arzt / Krankenhaus? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung bzw. Fachabteilung angeben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist die Behandlung abgeschlossen?  ja  nein

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

Falls ja: \_\_\_\_\_ eingenommen

Welche?                      Medikament                      Dosis                      täglich                      gelegentlich                      seit                      bis

_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____

PESVA01699

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

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

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

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

**Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Durchblutungsstörungen der Beine**

**Wurde Operation angeraten oder durchgeführt?**

ja  nein

Falls ja:  angeraten  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 angedauert? (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 oder Shisha?

\_\_\_\_\_ Stück

Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Pfeifen-, Kau- oder Schnupftabak?

\_\_\_\_\_ Gramm

**Konsumieren Sie Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer wie beispielsweise E-Zigaretten, 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

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