

# Fragebogen Erhöhte Cholesterinwerte

Zur Versicherung

Versicherungs-Nr. / Partner-Nr.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Bitte geben Sie sämtliche Umstände an, auch wenn Sie ihnen nur geringfügige Bedeutung beimessen. Wenn Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

**Benötigen Sie Unterstützung? Wir sind gerne für Sie da: von Montag bis Freitag, 8:00 Uhr – 18:00 Uhr unter unserer Servicenummer 0621/427-4000.**

FRAGEN	ANTWORTEN
--------	-----------

1. Auf welche Ursache sind die erhöhten Cholesterinwerte zurückzuführen?

  
  
  
  

2. Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung?

Erfolgen regelmäßig Kontrolluntersuchungen, ggf. in welchen Abständen?

  
  
  
  

3. Bestehen Folgen oder Beschwerden, die auf die Erkrankung zurückzuführen sind? Wenn ja, welche?

nein  ja

  
  
  

4. Bitte nennen Sie uns die letzten beiden Laborbefunde folgender Blutwerte (bitte ggf. beim Arzt erfragen oder Laborblätter beifügen):

Datum:	<input type="text"/>	und	<input type="text"/>	unter Medikation?
Cholesterin:	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
HDL:	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
LDL:	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Triglyceride:	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Blutzucker:	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Harnsäure:	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

5. Welche Medikamente nahmen/nehmen Sie ein? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung, die Dosis und die Einnahmezeiträume an.

  
  
  

6. Bitte geben Sie Größe, Gewicht und Bauchumfang (gemessen an der breitesten Stelle) an.

  

7. Besteht oder bestand jemals Bluthochdruck?

nein  ja

**FRAGEN**

**ANTWORTEN**

8. Bestehen oder bestanden jemals Beschwerden bzgl. des Herzens und/oder des Kreislaufs? Wenn ja, welche?

nein  ja

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

Wurde ein EKG angefertigt?

nein  ja

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

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

**Bitte legen Sie ggf. Befundkopien bei.**

9. Rauchen Sie?

nein  ja

Wenn ja, wie viel pro Tag?

\_\_\_\_\_

Bei ehemaligen Rauchern: Wann haben Sie das Rauchen aufgegeben?

\_\_\_\_\_

10. zusätzliche Anmerkungen / weitere Infos / Sonstiges:

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

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Angaben. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich gegenüber dem Vermittler keine weiteren mündlichen oder schriftlichen Angaben gemacht.

Unterschrift der zu versichernden Person o. des gesetzl. Vertreters

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

