

Fragebogen Harnsäureerhöhung

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. Wie lautet die genaue Diagnose der Erkrankung?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Welche Ursache ist ggf. bekannt?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch?	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen <input type="checkbox"/> Urinveränderungen <input type="checkbox"/> Blutdruckabweichungen <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörungen <input type="checkbox"/> Harnsteine <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Entzündung / Schwellung / Schmerzen in den Gelenken <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>
3. Kam es jemals zu Gichtanfällen? Wenn ja, wann, wie oft und an welchen Gelenken?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung? Von wann bis wann hatten Sie Beschwerden?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Wie werden/wurden Sie behandelt?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Haben Sie Ihre Ernährung angepasst? Wenn ja, in welcher Weise (purinarmes Essen, Alkoholverzicht usw.)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

FRAGEN

ANTWORTEN

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

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

8. Bitte teilen Sie uns die drei letzten Harnsäurewerte mit:
(Bitte ggf. beim Arzt erfragen oder Laborblätter beifügen).

Harnsäurewert	Datum	Unter Medikation?	
_____	_____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
_____	_____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
_____	_____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

9. Bitte geben Sie uns die folgenden Laborwerte an:
(Bitte ggf. beim Arzt erfragen oder Laborblätter beifügen).

	Werte	Datum
Gamma-GT	_____	_____
GOT	_____	_____
GPT	_____	_____
Triglyceride	_____	_____
Cholesterin	_____	_____
Blutzucker	_____	_____
Kreatinin	_____	_____

10. In welchen Abständen finden Kontrolluntersuchungen statt?

11. Besteht Beschwerdefreiheit?
Besteht Behandlungsfreiheit?

nein ja, seit _____
 nein ja, seit _____

12. Wie lange und wann bestand Arbeitsunfähigkeit?

13. 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



* 3 5 0 0 0 *