

## Fragebogen Bluthochdruck

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. Seit wann besteht der Bluthochdruck?   | <input type="text"/><br><input type="text"/>  |   |                      |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| 2. Bitte nennen Sie uns die letzten drei Blutdruckwerte:  | <table><thead><tr><th>Blutdruck</th><th>Datum</th><th>Unter Medikation?</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/> / <input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td></tr><tr><td><input type="text"/> / <input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td></tr><tr><td><input type="text"/> / <input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td></tr></tbody></table>  | Blutdruck   | Datum                | Unter Medikation? | <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| Blutdruck   | Datum   | Unter Medikation?   |                      |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| <input type="text"/> / <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                      |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| <input type="text"/> / <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                      |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| <input type="text"/> / <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                      |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| 3. Bitte geben Sie Größe, Gewicht und Bauchumfang (gemessen an der breitesten Stelle) an.   | <input type="text"/><br><input type="text"/>  |   |                      |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| 4. Welche Medikamente nehmen/nahmen Sie ein?<br>Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung, die Dosis und die Einnahmezeiträume an.         | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>  |   |                      |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| 5. Bitte nennen Sie uns die letzten beiden Laborbefunde folgender Blutwerte (bitte ggf. beim Arzt erfragen oder Laborblätter beifügen). | <table><tbody><tr><td>Datum:</td><td><input type="text"/></td><td>und</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Cholesterin:</td><td><input type="text"/></td><td></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>HDL:</td><td><input type="text"/></td><td></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>LDL:</td><td><input type="text"/></td><td></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Triglyceride:</td><td><input type="text"/></td><td></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Blutzucker:</td><td><input type="text"/></td><td></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>HbA1c:</td><td><input type="text"/></td><td></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Kreatinin:</td><td><input type="text"/></td><td></td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table> | Datum:  | <input type="text"/> | und               | <input type="text"/>                        | Cholesterin:         | <input type="text"/>                                      |   | <input type="text"/> | HDL:  | <input type="text"/>                        |                      | <input type="text"/>                                      | LDL: | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | Triglyceride: | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | Blutzucker: | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | HbA1c: | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | Kreatinin: | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |
| Datum:  | <input type="text"/>  | und   | <input type="text"/> |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| Cholesterin:  | <input type="text"/>  |   | <input type="text"/> |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| HDL:  | <input type="text"/>  |   | <input type="text"/> |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| LDL:  | <input type="text"/>  |   | <input type="text"/> |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| Triglyceride:   | <input type="text"/>  |   | <input type="text"/> |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| Blutzucker:   | <input type="text"/>  |   | <input type="text"/> |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| HbA1c:  | <input type="text"/>  |   | <input type="text"/> |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| Kreatinin:  | <input type="text"/>  |   | <input type="text"/> |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| 6. Auf welche Ursache ist der Bluthochdruck zurückzuführen?   | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>  |   |                      |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| 7. Rauchen Sie?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |   |                      |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| Wenn ja, wie viel pro Tag?  | <input type="text"/>  |   |                      |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| Bei ehemaligen Rauchern: Wann haben Sie das Rauchen aufgegeben?   | <input type="text"/>  |   |                      |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |
| 8. Welche Befunde bestehen hinsichtlich des Herzens, des Kreislaufs, der Nieren und des Augenhintergrundes?                             | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>  |   |                      |                   |   |                      |   |   |                      |   |   |                      |   |      |                      |  |                      |               |                      |  |                      |             |                      |  |                      |        |                      |  |                      |            |                      |  |                      |

9. Welche Beschwerden/Symptome bestehen oder bestanden?

☐ Kopfschmerzen (auch morgendliche)

☐ Nervosität

☐ Kurzatmigkeit

☐ Schwindel

☐ Schlafstörungen

☐ Nasenbluten

☐ Sonstiges:

10. Ist ein stationärer Aufenthalt angeraten oder fand ein solcher statt?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wann?

**Bitte reichen Sie eine Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes ein.**

11. Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt (z. B. EKG, Ultraschalluntersuchung des Herzens, Langzeitblutdruckmessung)?

**Bitte reichen Sie Kopien der entsprechenden Befundberichte ein.**

12. Wie lange und wann bestand Arbeitsunfähigkeit?

13. Wurden Kuren, Heilverfahren, Reha-Maßnahmen durchgeführt oder angeraten?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wann, über welchen Zeitraum und mit welchem Ergebnis?

**Bitte reichen Sie eine Kopie des Kurberichtes ein.**

14. 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 \*