

Fragebogen Übergewicht

Zur Krankenversicherung

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. Bitte geben Sie Größe, Gewicht und Bauchumfang (gemessen an der breitesten Stelle) an.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																		
2. Hat sich Ihr Gewicht in den letzten Jahren verändert? Wann und über welchen Zeitraum? Wie erfolgte eine evtl. Gewichtsabnahme?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von <input type="text"/> kg auf <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> Diäten <input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Operative Eingriffe <input type="checkbox"/> Sonstiges Bitte machen Sie hierzu jeweils nähere Angaben: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																		
3. Wurde bei Ihnen erhöhter Blutdruck gemessen oder bestand ein Verdacht auf Bluthochdruck? Wenn ja, reichen Sie bitte zusätzlich den Fragebogen für Bluthochdruck ein.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																		
4. Bitte machen Sie Angaben zu der letzten Laboruntersuchung wie folgt bzw. reichen uns eine Kopie des entsprechenden Laborblattes ein.	Datum und Ergebnis <table><tr><td>Gesamtcholesterin</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>HDL/LDL</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Triglyceride</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>GOT</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>GPT</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Gamma-GT</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Blutzucker</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>HbA1c</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Harnsäure</td><td><input type="text"/></td></tr></table>	Gesamtcholesterin	<input type="text"/>	HDL/LDL	<input type="text"/>	Triglyceride	<input type="text"/>	GOT	<input type="text"/>	GPT	<input type="text"/>	Gamma-GT	<input type="text"/>	Blutzucker	<input type="text"/>	HbA1c	<input type="text"/>	Harnsäure	<input type="text"/>
Gesamtcholesterin	<input type="text"/>																		
HDL/LDL	<input type="text"/>																		
Triglyceride	<input type="text"/>																		
GOT	<input type="text"/>																		
GPT	<input type="text"/>																		
Gamma-GT	<input type="text"/>																		
Blutzucker	<input type="text"/>																		
HbA1c	<input type="text"/>																		
Harnsäure	<input type="text"/>																		
5. Bestehen Beschwerden bzgl. des Herzens und/oder des Kreislaufs ggf. welcher Art sind diese? Wurde ein EKG angefertigt, ggf. mit welchem Ergebnis? Kam es bereits zu einem Herzinfarkt oder Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																		

FRAGEN**ANTWORTEN**

6. Besteht eine Schilddrüsenerkrankung?

 nein ja**Wenn ja, reichen Sie bitte zusätzlich den Fragebogen für Schilddrüsenerkrankungen ein.**

7. Wurde eine Ultraschalluntersuchung der Leber durchgeführt?

 nein ja

Mit welchem Ergebnis?

8. Bestehen Krampfadern, Gelenk- oder Wirbelsäulenbeschwerden?

 nein ja**Wenn ja, reichen Sie bitte zusätzlich die entsprechenden Fragebögen ein.**

9. Welche sonstigen Beschwerden bestehen ggf.?

 keine Atemnot/Kurzatmigkeit Magen-Darmbeschwerden z. B. Verstopfung Hautirritationen z. B. wunde Stellen schnelle Ermüdung/geringe Belastbarkeit seelische Belastung Sonstiges:

10. Rauchen Sie?

 nein ja

Wenn ja, wie viel pro Tag?

Bei ehemaligen Rauchern: Wann haben Sie das Rauchen aufgegeben?

11. 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.

12. Ist oder war eine stationäre Behandlung angeraten oder notwendig?

 nein ja**Bitte reichen Sie eine Kopie des Krankenhausausschreibungsberichtes ein.**

13. Besteht Beschwerdefreiheit?

 nein ja, seit

Besteht Behandlungsfreiheit?

 nein ja, seit

14. zusätzliche Anmerkungen/weitere Infos/Sonstiges: