

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"/>																				
2. Hat sich Ihr Gewicht in den letzten Jahren verändert?	<input type="checkbox"/> nein																				
Wann und über welchen Zeitraum?	<input type="checkbox"/> ja, von <input type="text"/> kg auf <input type="text"/> kg																				
Wie erfolgte eine evtl. Gewichtsabnahme?	<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?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																				
Wenn ja, reichen Sie bitte zusätzlich den Fragebogen für Bluthochdruck ein.																					
4. Bitte machen Sie Angaben zu der letzten Laboruntersuchung wie folgt bzw. reichen uns eine Kopie des entsprechenden Laborblattes ein.	<table><thead><tr><th></th><th>Datum und Ergebnis</th></tr></thead><tbody><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></tbody></table>		Datum und Ergebnis	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"/>
	Datum und Ergebnis																				
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?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/>																				
Wurde ein EKG angefertigt, ggf. mit welchem Ergebnis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/>																				
Kam es bereits zu einem Herzinfarkt oder Schlaganfall?	<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 Krankenhausentlassungsberichtes ein.

13. Besteht Beschwerdefreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit

Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit

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 *