

Zusätzliche Erklärung: Bluthochdruck (Hypertonie)



Sie können diesen Fragebogen direkt schicken an
ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstr. 11, 81829 München
oder faxen an 089 4124-9525.

Antragsteller

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Zu versichernde Person

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Antrags-/Versicherungsnummer _____

Seit wann ist der Bluthochdruck bekannt?

Welche Beschwerden/Symptome lagen bzw. liegen vor (z.B. Atemnot, Beklemmung, Blutdruckentgleisung, Brustenge, Gefühlsstörungen/Kribbeln oder Schmerzen in den Extremitäten, Herzklopfen, Herzschmerzen, Kopfschmerz, Kreislaufbeschwerden, Nierenbeschwerden, schneller Puls, Schwindel)?

Liegen jetzt noch Beschwerden vor? ja nein

• Wenn ja, welche? _____

Was ist die Ursache der Erkrankung (z.B. hormonelle Störungen, Nierenerkrankungen, Stress, Übergewicht, genetische Veranlagung)?

Sind bereits Folgeschäden aufgetreten (z.B. Gefäßverengung, Herzvergrößerung, Netzhautschäden, Nierenschäden)?

Welche drei Blutdruckwerte wurden zuletzt gemessen?

Blutdruck	Datum	Puls	unter Medikation?
_____/_____/_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____/_____/_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____/_____/_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wie lauten die aktuellen Blutfettwerte?

Gesamtcholesterin _____ LDL _____ HDL _____
Triglyceride _____ Blutzucker/Glucose (nüchtern) _____
(Datum der Laboruntersuchung: _____)

Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

• Untersuchungen/Behandlungen (z.B. EKG, Laboruntersuchung, Langzeitblutdruckmessung, Ultraschall; bitte auch die Behandlungszeiträume vermerken)?

• Medikamentös (bitte Namen u. Dosierung sowie Einnahmezeitraum des Medikamentes angeben)?

• Wurde die Medikation in den letzten 6-12 Monaten geändert? ja nein
Wenn ja, warum? _____

Erfolgt/Erfolge eine kontinuierliche oder bedarfsweise Behandlung (bitte alle Behandlungszeiträume angeben)?

Zu versichernde Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Antrags-/Versicherungsnummer _____

Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen sind angeraten/geplant (z.B. ambulante, stationäre und/oder medikamentöse Behandlungen)?

Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?

Erklärung

Die zutreffenden Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen o.g. Gesundheitsfragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Weiterhin bestätige ich, dass sich seit Antragstellung der Gesundheitszustand der zu versichernden Personen nicht verändert hat.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____