

Fragebogen Bluthochdruck

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

1. Wann wurde Ihr Bluthochdruck erstmals festgestellt? _____

2. Ist die Ursache oder zugrundeliegende Erkrankung für den Bluthochdruck bekannt (z.B. Nierenerkrankung, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Übergewicht, Schilddrüsenüberfunktion etc.)? Ja Nein
 Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben: _____

3. Wurden Ihnen Medikamente verordnet oder haben Sie in während der letzten 5 Jahre Medikamente genommen? Ja Nein
 Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben: _____

Medikament	Dosierung/Häufigkeit	Erstmalig verwendet	Letztmalig verwendet

4. Wurde die Behandlung angepasst / verändert? Ja Nein
 Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben: _____

5. Bitte geben Sie die zuletzt gemessenen Blutdruckwerte an:

Datum	Blutdruck

6. Wie oft nehmen Sie Kontrolluntersuchungen für den Bluthochdruck wahr (z.B. monatlich, alle 3, 6 oder 12 Monate)? _____

7. Hatten Sie Komplikationen in Verbindung mit dem Bluthochdruck (z.B. Blutdruckkrisen, Herzinsuffizienz, Netzhaut-/Augenschäden, Nierenschäden)? Ja Nein
 Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben: _____
8. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten, E-Zigaretten oder eine andere Form von Tabak (Zigarillos, Pfeife, Zigarren) konsumiert? Ja Nein
 Wenn ja, geben Sie bitte Art und durchschnittliche Anzahl pro Tag an: _____
9. Haben Sie sich einer Untersuchung unterzogen oder wurde Ihnen zu einer solchen geraten (z. B. 24-Stunden-Blutdruckmessung, EKG, Echokardiogramm, Cholesterin-(Lipid-)Bluttest, Augenuntersuchung, Urinanalyse)? Ja Nein
 Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben: _____

Datum	Name und Adresse Behandler (z.B. Arzt, Krankenhaus)	Art des Tests oder der Untersuchung	Resultate

10. Trifft eine der folgenden Aussagen auf Sie zu? (Mehrfachnennungen möglich)
- eine Überweisung an einen Spezialisten wurde empfohlen
 - trotz der Behandlung kommt es zu Blutdruckerhöhungen
 - die Anzahl oder Stärke der Medikamente musste in den letzten 3 Jahren erhöht werden
 - in den letzten 3 Jahren sind mehrmals Schwindelanfälle aufgetreten
 - in den letzten 3 Jahren war ein Krankenhausaufenthalt aufgrund des hohen Blutdrucks erforderlich
 - andere Symptome in den letzten 12 Monaten (z. B. Kurzatmigkeit, Schwindel, Schmerzen oder Stechen in der Brust, geschwollene Knöchel)
11. Bitte geben Sie Name und Adresse des Arztes an, der Ihre Bluthochdruckerkrankung hauptsächlich behandelt:
- _____

Alle mir gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet und nichts verschwiegen. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Ich bestätige, dass sich die Gesundheitsverhältnisse seit der Stellung meines Versicherungsantrages nicht verändert haben. Die Angaben in diesem Fragebogen sind Bestandteil meines Versicherungsantrages.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer)	Ggf. Unterschrift(en) gesetzlicher Vertreter
------------	---------------------------------------	--	--