

Service-Center
MetallRente.Arbeitskraftabsicherung
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Bluthochdruck

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Nennen Sie Ihre zuletzt gemessenen Blutdruckwerte (bitte 2 Messungen angeben)

- Eigenmessung
 Messung durch den Arzt

Datum _____

systolisch (oberer Wert) _____

diastolisch (unterer Wert) _____

Zum Zeitpunkt der Messung habe ich regelmäßig Blutdruckmedikamente eingenommen.

- ja
 nein

- Eigenmessung
 Messung durch den Arzt

Datum _____

systolisch (oberer Wert) _____

diastolisch (unterer Wert) _____

Zum Zeitpunkt der Messung habe ich regelmäßig Blutdruckmedikamente eingenommen.

- ja
 nein

2. Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung Ihres Bluthochdrucks ein?

- ja, seit wann _____
 nicht mehr, seit wann _____

Warum wurde die Behandlung beendet?

- noch nie

3. Wurden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren eine oder mehrere der nachfolgend aufgeführten Untersuchungen durchgeführt?

(Wenn vorliegend, bitte Befundkopie beifügen)

- ja
 Ruhe-EKG
 Belastungs-EKG
 Ultraschall-Untersuchung des Herzens (Echokardiographie)
 Urinuntersuchung auf Eiweiß

- nein

Waren die Untersuchungen laut Ihrem Arzt unauffällig?

- ja
 nein

Welche Auffälligkeiten lagen vor?

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Jörg Arnold
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Klaus Tschütscher,
Thomas Buess, Monika Bütler, Adrienne Corboud Fumagalli,
Ueli Dietiker, Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker,
Henry Peter, Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber

Deutsche Bank AG

IBAN DE93 7007 0010 0213 0243 00
BIC DEUT DE MM XXX

Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

FRAGEBOGEN Bluthochdruck

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

4. Leiden oder litten Sie dauerhaft an einer der folgenden Erkrankungen?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ja
 - Herzerkrankung
 - Nierenerkrankung
 - Gefäßverkalkung
 - Schlaganfall
 - erhöhte Cholesterinwerte
 - Diabetes (Zuckerkrankheit)
 - Überfunktion der Schilddrüse
 - Veränderungen der Netzhaut des Auges
- nein

5. Mussten Sie wegen Ihres Bluthochdrucks in den letzten 3 Jahren einen Bereitschafts-arzt/Rettungsdienst rufen oder wurden Sie deswegen in einem Krankenhaus behandelt?

- ja, wann _____
Kopie Krankenhausentlassungsbericht
- nein

6. Waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen einer der folgenden Beschwerden in ärztlicher Behandlung? (Mehrfachnennungen möglich)

- ja
 - Herzschmerzen/Herzstechen
 - Sehstörungen
 - Schwindel/Ohnmacht
 - Luftnot
 - Herzstolpern/Herzrhythmusstörungen
 - Kopfschmerzen
- nein

7. Rauchen Sie?

- ja, Zigaretten pro Tag _____
- ja, Sonstiges pro Tag _____
(z. B. Zigarren, E-Zigaretten, Shisha)
- nein, habe nie geraucht
- nein, nicht mehr seit _____

8. Welchen Arzt/Behandler nehmen/nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?
(Name und vollständige Adresse)

Zeitpunkt des letzten Arztbesuches

Gleichzeitig entbinde ich als Versicherte Person den angegebenen Arzt von der Schweigepflicht.

Sofern in Frage 1 keine Aussage zum aktuellen Blutdruckwert gemacht werden kann, bitten wir um Beantwortung der folgenden Fragen durch Ihren Arzt oder Apotheker.

9. Aktuelle Blutdruckmessung (ausschließlich durch einen Arzt oder Apotheker vorzunehmen)

_____	_____	mm Hg.
systolisch	diastolisch	
_____	_____	mm Hg.
systolisch	diastolisch	

10. Maße (bitte nur heute in der Praxis oder in der Apotheke gemessene Werte eintragen)

Körpergröße _____ cm
Körpergewicht _____ kg

FRAGEBOGEN Bluthochdruck

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Datum

Unterschrift Versicherte Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Datum

Unterschrift und Stempel Arzt oder Apotheker