Gothaer

FB117501

Fragebogen Fettstoffwechselstörung

Angaben zur versicherten Person

_____
Versicherungsnummer

_____
Titel, Vorname, Name

_____
Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.
Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 3 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung.
Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 5 Jahren**.

Fettstoffwechselstörung

1. Wann wurde die Fettstoffwechselstörung erstmals festgestellt? _____

Welche Ursachen wurden diagnostiziert?

☐ Übergewicht
☐ Falsche Ernährung
☐ andere, und zwar _____
☐ keine
☐ Erblich bedingt
☐ Alkoholkonsum

Laborwerte

2. Welche Laborwerte wurden bei Ihnen gemessen?

Zeitpunkt der Blutabnahme	_____	_____
Cholesterin	_____	_____
HDL	_____	_____
Triglyceride	_____	_____

Weitere Gesundheitsstörungen

3. Bestehen oder bestanden bei Ihnen außerdem folgende Gesundheitsstörungen?

☐ Herz-/Kreislauferkrankungen
☐ Bluthochdruck – zuletzt gemessene Werte _____ / _____ am _____
☐ Diabetes (bitte füllen Sie den Fragebogen Diabetes aus)
☐ nein

Medikamente

4. Nehmen Sie aufgrund der Erkrankungen Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja, folgende _____

Untersuchungen/ Behandlungen

5. Sind Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund der Fettstoffwechselstörung und/oder der angegebenen weiteren Gesundheitsstörungen erfolgt oder geplant?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar _____

Behandler

6. Nennen Sie uns zu den angegebenen Untersuchungen oder Behandlungen bitte

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Arztberichte/Krankenhausentlassungsberichte – inkl. Kopien der erhobenen Laborwerte – mit ein.

Arbeitsunfähigkeiten

7. Waren Sie aufgrund der Erkrankung(en) **arbeitsunfähig**?

☐ Nein ☐ Ja, Zeitraum _____

Zusätzliche Angaben

Folgende Zusatzinformationen sind beigefügt:

_____

_____

Sofern hier keine Angaben getätigt werden, gehen wir davon aus, dass keine Beiblätter, Befundkopien etc. beigefügt wurden.

Schlusserklärung und Unterschrift

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich** die **alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat**.

_____
Ort, Datum

✗ _____
Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)