

## Fragebogen Herz- und Kreislauforgane

### Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

männlich  
 weiblich

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 Schlussklärung des Antrags.

### Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 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 10 Jahren**.

### Raucherverhalten (ist nur für den Gothaer Fähigkeitenschutz zu beantworten)

Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht (z. B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)

Wenn ja. Was? \_\_\_\_\_

Wie viel täglich? \_\_\_\_\_

### Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens:

Wenn Sie **lediglich an Bluthochdruck** ohne weitere Gesundheitsstörungen leiden, so füllen Sie bitte **nur den Teil 1** des Fragebogens aus.

Sofern Sie an einer anderen/weiteren Erkrankung des Herz-/Kreislaufsystems leiden, füllen Sie bitte **den Teil 2** aus.

Sollte der Platz für die Beantwortung nicht ausreichen, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen und beizufügen.

**Teil 1  
Krankheiten**

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (Hypertonie)                | <input type="checkbox"/> unregelmäßiger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> labiler Bluthochdruck (labile Hypertonie) | <input type="checkbox"/> Blutdruckbeschwerden     |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckkrise                            | <input type="checkbox"/> Blutdruckschwankung      |

Nehmen Sie blutdrucksenkende Medikamente ?  nein  ja

Welche **Blutdruckwerte** wurden bei Ihnen zuletzt gemessen?

\_\_\_\_\_ Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)          systolisch          diastolisch

\_\_\_\_\_ Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)          systolisch          diastolisch

Bestehen oder bestanden bei Ihnen weitere Gesundheitsstörungen?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose   | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen/Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> keine weiteren          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufanomalien                 | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung        |
| <input type="checkbox"/> EKG-Veränderungen | <input type="checkbox"/> Leberschädigung                          | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |

Andere, und zwar:

\_\_\_\_\_

**Teil 2  
Krankheiten**

Bestehen oder bestanden bei Ihnen **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> angeborener Herzfehler   | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung Herzmuskel     | <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler    |
| <input type="checkbox"/> Bypass-Operation   | <input type="checkbox"/> Embolie                             | <input type="checkbox"/> Herzmuskelerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schwindel  | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung  |
| <input type="checkbox"/> Thrombose  | <input type="checkbox"/> Augenhintergrundveränderungen       |   |
| <input type="checkbox"/> Venenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Verschlusskrankheit der Beine       |   |
| <input type="checkbox"/> Andere hier nicht genannte Herz- und Kreislauferkrankung, und zwar |  |   |

**Ergänzende Angaben** zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren gleichzeitigen Erkrankungen (z. B. Herzklappenfehler und Herzinfarkt) bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten**.

**Genauere medizinische Diagnose** \_\_\_\_\_

Datum  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

\_\_\_\_\_

Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden und welcher Art?

\_\_\_\_\_

**Genauere medizinische Diagnose** \_\_\_\_\_

Datum  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

\_\_\_\_\_

Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden und welcher Art?

\_\_\_\_\_

**Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.**

<b>Zusätzlich bei</b>	erstmaliges Auftreten	letztmaliges Auftreten
<b>Herzrhythmusstörungen</b>	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

\_\_\_\_\_

Treten die Herzrhythmusstörungen  dauerhaft oder  phasenweise auf ?

Wie lange dauern die Herzrhythmusstörungen normalerweise an?

\_\_\_\_\_

Mit welcher Diagnose werden die Herzrhythmusstörungen bezeichnet?

\_\_\_\_\_

Laborwerte	Bekannte Laborwerte	Wert	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)
	Cholesterin	_____	_____
	auffälliger Urinbefund	_____	_____
	HbA1c	_____	_____
	Blutzucker, nüchtern	_____	_____

**Implantierte Geräte**Ist bei Ihnen ein **Gerät implantiert** worden? Wenn ja, welches?
 nein, kein Gerät   
 Herzschrittmacher   
 Automatischer Defibrillator   
 Event-Recorder
**Diagnose**Datum  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)**Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)**Untersuchungen /  
Behandlungen**Wann und wo erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen des Herzens, der Schlagadern und Venen** bzw. sind bei Ihnen spezielle Untersuchungen oder Behandlungen geplant ?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. Elektrokardiog. Untersuchung (EKG) | 6. Röntgenuntersuchungen                            |
| 1.1 Ruhe-EKG                          | 6.1 von Schlagadern (Angiographie)                  |
| 1.2 Belastungs-EKG                    | 6.2 von Venen (Phlebographie)                       |
| 1.3 Langzeit-EKG                      | 6.3 Sonstige  |
| 2. 24-Stunden-Blutdruckmessung        | 7. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 3. Ultraschalluntersuchung            | 8. Herzkatheteruntersuchung                         |
| 3.1 des Herzens                       | 9. Aufweitung (Dilatation) von Herzkranzgefäßen     |
| 3.2 von Blutgefäßen                   | 10. Einsetzen von Stents in Herzkranzgefäße         |
| 4. Computertomographie (CT)           | 11. Gewebeentnahme (Biopsie)                        |
| 5. Kernspin (MRT)                     | 12. Operation (z. B. Bypass)                        |
|                                       | 13. Sonstige, nicht genannte Methode                |

Ziffer    **Befund/Maßnahme**Datum  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)**Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)Ziffer    **Befund/Maßnahme**Datum  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)**Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)**Medikamente**Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?  
Bitte geben Sie auch die blutdrucksenkenden Medikamente mit an.**Name des Medikaments****Ständige** Einnahme, seit Datum  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Dosis

**Zeitweilige** Einnahme, seit Datum  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Dosis

**Name des Medikaments****Ständige** Einnahme, seit Datum  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Dosis

**Zeitweilige** Einnahme, seit Datum  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Dosis

**Arbeitsunfähigkeiten**

Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**?  nein  ja

**Diagnose** \_\_\_\_\_ Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) \_\_\_\_\_

**Notarztbehandlung**

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**?  nein  ja, Datum \_\_\_\_\_

Grund \_\_\_\_\_

**Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren**

**Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!**

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur**? Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

**Diagnose** \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ **Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

**Diagnose** \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ **Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

**Zusatzinformationen**

Haben Sie zusätzliche Informationen beigefügt?  nein  ja

**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

**X**

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