

Ergänzender Fragebogen zum Antrag Stoffwechsel (FB 8i)

AN215212

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie haben uns als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung **die Ihnen bekannten Gefahr-umstände**, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, **wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen**. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern **auch dann, wenn ein Dritter** (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen **den Antrag ausfüllt**. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.

Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. **In diesem Fall** haben wir das **Recht**, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat **zu kündigen**.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht **und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn** wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.

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**.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens:

Wenn Sie **lediglich an einer Schilddrüsenerkrankung** leiden, so füllen Sie bitte **nur den Teil 1** des Fragebogens aus.

Wenn Sie an einer anderen Stoffwechselerkrankung leiden, füllen Sie bitte **zusätzlich den Teil 2** aus.

Zuletzt behandelnde Ärzte / Fachärzte

Bei welchem **Hausarzt / Facharzt** waren Sie **zuletzt** wegen Stoffwechsel **in Behandlung**?

	Datum (ggf ungefährer Zeitpunkt)	Diagnose	Arzt (Name und Anschrift)
<input type="checkbox"/> Hausarzt	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Facharzt	_____	_____	_____

**Teil 1
Krankheiten**

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-OP | <input type="checkbox"/> Hyperthyreose |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Hypothyreose |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Basedow-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Struma | <input type="checkbox"/> Kopf |

Seit wann leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung

Falls eine Operation durchgeführt wurde, wie war das Ergebnis?

- bösartig (dann bitte zusätzlich den FB 8h Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen)
- gutartig
- keine Operation durchgeführt

An welchen Beschwerden leiden Sie?

- Atemnot
- Gewichtszunahme
- Heiserkeit
- andere Beschwerden
- keine Beschwerden

Falls andere Beschwerden, geben Sie bitte an, welche:

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

- Jod z. B. Jodid, Jodetten
- Schilddrüsenhormontabletten, z. B. L-Thyroxin, Euthyrox
- keine Medikamente
- andere Medikamente für die Schilddrüsenerkrankung
- welche?
-

**Teil 2
Krankheiten**

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung | <input type="checkbox"/> Unterfunktion der Nebennieren |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Überfunktion der Nebennieren |
| <input type="checkbox"/> Erhöhung der Harnsäure | <input type="checkbox"/> Cushing-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> M. Addison |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Akromegalie |
| <input type="checkbox"/> Typ 2 Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Hirnanhangdrüse (Hypophyse) |
| <input type="checkbox"/> Typ 1 Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen von Schilddrüse, Nebennieren usw. |
| <input type="checkbox"/> angeborene Stoffwechselkrankheit
(z.B. Leber, Muskel, Niere) | |
| <input type="checkbox"/> andere hier nicht genannte Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Drüsen
(bitte diese hier angeben) | |
-
-

Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten.**

Genauere medizinische Diagnose	Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)	Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden und welcher Art?

Zuckerkrankheit

- Liegt bei Ihnen eine Zuckerkrankheit mit Insulinbehandlung von Beginn an (seit der Kindheit/Jugend) vor (Typ 1 Diabetes)?
- Liegt bei Ihnen eine Zuckerkrankheit mit schleichendem Beginn (in der Regel im Erwachsenenalter) vor (Typ 2 Diabetes)?
- Liegt bei Ihnen eine andere Diabetesform vor? Welche?

Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt) der erstmaligen Diabetesfeststellung

Ist bei Ihnen eine der folgenden Begleiterkrankungen der Diabetes aufgetreten?

- Augenhintergrundveränderungen
- Bluthochdruck
- Durchblutungsstörungen im Gehirn, im Herz, in den Beinen
- Empfindungsstörungen im Bereich der Beine (Sensibilitätsstörungen)
- Fettstoffwechselstörungen
- Unterzuckerung (Schock)
- Überzuckerung (Koma)
- nicht normaler Urinbefund (Eiweiß im Urin)
- andere Erkrankungen im Zusammenhang mit der Diabetes. Welche?

Genauere medizinische Diagnose oder medizinischer Befund	Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)	Bei wem ärztlich behandelt? Wo? (Name/Anschrift)

Führen Sie eine Selbstkontrolle durch? Nein Ja, und zwar (Fotokopien ggf. beifügen)

Harnsäureerhöhung oder Gicht

- Liegt bei Ihnen eine Gicht vor?
- Liegt bei Ihnen nur eine Erhöhung der Harnsäure im Blut vor (Hyperurikämie)?

Wann war das letzte Auftreten eines Gichtanfalls? Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Wie oft treten Gichtanfälle im Lauf eines Jahres auf?

Welche Gelenke waren bei Ihnen von Gichtanfällen betroffen?

Blutdruck- und Laborwerte

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

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	systolisch	diastolisch
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	systolisch	diastolisch
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Sind Ihnen Veränderungen der **Blut- oder Laborwerte** bekannt? Nein Ja, und zwar
(Fotokopien ggf. beifügen)

Art des Wertes	Erhöhung/ Erniedrigung	Datum (bitte ca. angeben)	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
Cholesterin (auch IDL/ LDL)	_____	_____	_____
Triglyzeride (Neutralfette)	_____	_____	_____
Harnsäure	_____	_____	_____
Blutzucker nüchtern	_____	_____	_____
HB A1c	_____	_____	_____
Urinbefund/ Mikroalbuminurie	_____	_____	_____

Sind Ihnen weitere **Blut- oder Laborwerte** bekannt? (auch Werte für Viren usw.) Nein Ja, und zwar
(Fotokopien ggf. beifügen)

Art des Wertes	Datum (bitte ca. angeben)	Ergebnis	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Krebserkrankung

Liegt eine **Krebserkrankung** vor? Nein Ja

Bitte in diesem Fall weitere Angaben soweit Ihnen bekannt wie Tumorstadium, Grading und Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung (Histologie)!

durchgeführte / geplante Untersuchungen / Behandlungen

Wann und wo erfolgen bei Ihnen spezielle Untersuchungen oder Untersuchungen oder Behandlungen der Atmungsorgane bzw. sind diese geplant?

- | | | |
|---|-----------------------------|---|
| 1. Blutuntersuchung | 4. Ultraschalluntersuchung | 7. Kernspin (MRT) |
| 2. elektrokardiographische Untersuchung | 4.1 von Blutgefäßen | 8. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 2.1 Ruhe EKG | 4.2 des Herzens | 9. Gewebeentnahme (Biopsie) |
| 2.2 Belastungs-EKG | 4.3 der Bauchorgane | 10. Operation |
| 2.3 Langzeit-EKG | 5. Röntgenuntersuchungen | |
| 3. Langzeitblutdruckmessung | 6. Computertomographie (CT) | |

Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)

Ziffer	Datum (ggf ungefährer Zeitpunkt)	Befund/ Maßnahme	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Sofern Untersuchungen / Behandlungen geplant sind

Ziffer	Datum (ggf ungefährer Zeitpunkt)	Unter welchen Umständen soll die Untersuchung oder Behandlung erfolgen?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medikamente

Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments	Ständige Einnahme, seit Datum (ggf unge- fährer Zeitpunkt)	Dosis	Zeitweilige Einnahme Zeitraum	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, ca. _____ Grund _____

Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren

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 (ggf ungefährer Zeitpunkt)	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Schlusserklärung und Unterschrift

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

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person