Ergänzende Erklärung

Gothaer

KA 3750

☐ zum Krankenversicherungsantrag vom .....
☐ zur Überprüfung besonderer Vereinbarung (Leistungsausschluss/Leistungseinschränkung/ Wagnisausgleich)

Versicherungsnummer

Antragsteller/VN

Zu versichernde Person

Bluthochdruck / Hypertonie

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet? (Falls vorhanden bitte ICD10-Code angeben)

2. Besteht bei Ihnen eines oder mehrere der genannten Krankheitsbilder?
   ☐ Bluthochdruck (Hypertonie)
   ☐ Labiler Bluthochdruck (labile Hypertonie)
   ☐ unregelmäßiger Blutdruck / Blutdruckschwankungen
   ☐ Blutdruckkrise

3. Nehmen Sie regelmäßig blutdruckregulierende Medikamente ein? Bitte den Zeitraum angeben.
   ☐ ja, Zeitraum von ..... bis ..... ☐ nein, keine Medikamente

4. Wann fand die letzte ärztliche Kontrolluntersuchung statt und welche Blutdruckwerte wurden gemessen?
   Datum der Feststellung .....
   Blutdruckwerte: systolisch ..... diastolisch .....

5. Ich bestätige, dass die Blutdruckwerte seit mehr als 12 Monaten nicht außerhalb des Normbereiches* liegen.
   ☐ ja ☐ nein

Anschrift des behandelnden Arztes

Teilen Sie uns bitte Name und genaue Anschrift des Arztes mit, der uns über die angegebenen Erkrankungen Auskunft erteilen kann:

Unterschrift

Ort/Datum

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Zu versichernde Personen ab 16 Jahren
(bei Minderjährigen zusätzlich gesetzl. Vertreter)

Arzt

Zurücksetzen Drucken

*Die Normbereiche der Blutdruckwerte sind systolisch bis einschließlich 130 und diastolisch bis einschließlich 85.