

Service-Center
KlinikRente.Arbeitskraftabsicherung
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Fettstoffwechselstörung

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Wann wurde bei Ihnen erstmals eine Erhöhung der Blutfette festgestellt?

2. Bitte geben Sie Ihre aktuellen Blutfettwerte an (oder legen Sie diesem Fragebogen eine Kopie des letzten Laborausdrucks bei, in dem die Blutfettwerte ersichtlich sind).

Gesamtcholesterin _____ ☐ mg/dl ☐ mmol/l
LDL-Cholesterin _____ ☐ mg/dl ☐ mmol/l
HDL-Cholesterin _____ ☐ mg/dl ☐ mmol/l
Triglyceride _____ ☐ mg/dl ☐ mmol/l
LP (a) _____ ☐ mg/dl ☐ mmol/l

Datum der Messung ____ / ____ Monat/Jahr

3. Welche Ursache(n) wurde(n) Ihnen genannt? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Übergewicht
☐ familiär (erblich) bedingt
☐ falsche Ernährungsgewohnheiten
☐ Alkoholkonsum
☐ andere Ursache _____
☐ Es wurde keine Ursache benannt.

4. Geben Sie Ihre aktuellen Maße an.

Körpergröße _____ cm
Körpergewicht _____ kg

5. Nennen Sie Ihren zuletzt gemessenen Blutdruckwert.

Datum der Messung _____

_____	_____	mmHg.
systolisch	diastolisch	

☐ Mir ist mein Blutdruckwert nicht bekannt.

6. Erhalten Sie aufgrund der erhöhten Blutfettwerte Medikamente oder andere Therapien?

☐ ja
☐ Tabletten (Medikament und Dosierung)

seit wann _____

☐ Spritzen (Medikament und Dosierung)

seit wann _____

☐ Lipidapherese (Blutwäsche)
seit wann _____

Name und vollständige Adresse der Klinik

☐ nein

FRAGEBOGEN Fettstoffwechselstörung

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

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

(Mehrfachnennungen möglich. Wenn vorliegend, bitte Befund(e) in Kopie beifügen.)

☐ ja

- ☐ Belastungs-EKG
- ☐ Ultraschalluntersuchung des Herzens oder der Halsschlagader
- ☐ Computertomographie oder MRT des Herzens
- ☐ Untersuchung bei einem Herz- oder Gefäßspezialisten (Kardiologe/Angiologe)
- ☐ Untersuchung bei einem Nierenspezialisten (Nephrologe)

☐ nein

Wenn Sie die Befunde nicht beifügen können, geben Sie bitte Name und vollständige Adresse der Ärzte an, die Sie untersucht haben.

8. Leiden oder litten Sie an einer der nachfolgenden Erkrankungen?

(Mehrfachnennungen möglich)

☐ ja

- ☐ Herzerkrankung (z. B. koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt)
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Durchblutungsstörungen (z. B. Schlaganfall, Verkalkung der Beingefäße)
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- ☐ Bauchspeicheldrüsenentzündung
- ☐ Gicht

☐ nein

9. 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.

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