Swiss Life
Lebensversicherung SE
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Bluthochdruck

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Nennen Sie Ihre zuletzt gemessenen Blutdruckwerte (bitte 2 Messungen angeben)

☐ Eigenmessung
☐ Messung durch den Arzt

Datum _____

systolisch (oberer Wert) _____
diastolisch (unterer Wert) _____

Zum Zeitpunkt der Messung habe ich regelmäßig Blutdruckmedikamente eingenommen.

☐ ja
☐ nein

☐ Eigenmessung
☐ Messung durch den Arzt

Datum _____

systolisch (oberer Wert) _____
diastolisch (unterer Wert) _____

Zum Zeitpunkt der Messung habe ich regelmäßig Blutdruckmedikamente eingenommen.

☐ ja
☐ nein

2. Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung Ihres Bluthochdrucks ein?

☐ ja, seit wann _____
☐ nicht mehr, seit wann _____

Warum wurde die Behandlung beendet?

_____

☐ noch nie

3. Wurden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren eine oder mehrere der nachfolgend aufgeführten Untersuchungen durchgeführt?
(Wenn vorliegend, bitte Befundkopie beifügen)

☐ ja

- ☐ Ruhe-EKG
- ☐ Belastungs-EKG
- ☐ Ultraschall-Untersuchung des Herzens (Echokardiographie)
- ☐ Urinuntersuchung auf Eiweiß

☐ nein

Waren die Untersuchungen laut Ihrem Arzt unauffällig?

☐ ja
☐ nein

Welche Auffälligkeiten lagen vor?

_____

FRAGEBOGEN Bluthochdruck
Versicherung Nr. _____
Versicherte Person _____

4. Leiden oder litten Sie dauerhaft an einer der folgenden Erkrankungen?
(Mehrfachnennungen möglich)

☐ ja

- ☐ Herzerkrankung
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Gefäßverkalkung
- ☐ Schlaganfall
- ☐ erhöhte Cholesterinwerte
- ☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)
- ☐ Überfunktion der Schilddrüse
- ☐ Veränderungen der Netzhaut des Auges

☐ nein

5. Mussten Sie wegen Ihres Bluthochdrucks in den letzten 3 Jahren einen Bereitschaftsarzt/Rettungsdienst rufen oder wurden Sie deswegen in einem Krankenhaus behandelt?

☐ ja, wann _____

Kopie Krankenhausentlassungsbericht

☐ nein

6. Waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen einer der folgenden Beschwerden in ärztlicher Behandlung? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ ja

- ☐ Herzschmerzen/Herzstechen
- ☐ Sehstörungen
- ☐ Schwindel/Ohnmacht
- ☐ Luftnot
- ☐ Herzstolpern/Herzrhythmusstörungen
- ☐ Kopfschmerzen

☐ nein

7. Rauchen Sie?

☐ ja, Zigaretten pro Tag _____

☐ ja, Sonstiges pro Tag _____
(z. B. Zigarren, E-Zigaretten, Shisha)

☐ nein, habe nie geraucht

☐ nein, nicht mehr seit _____

8. 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.

Sofern in Frage 1 keine Aussage zum aktuellen Blutdruckwert gemacht werden kann, bitten wir um Beantwortung der folgenden Fragen durch Ihren Arzt oder Apotheker.

9. Aktuelle Blutdruckmessung (ausschließlich durch einen Arzt oder Apotheker vorzunehmen)

_____	_____	mmHg.
systolisch	diastolisch	
_____	_____	mmHg.
systolisch	diastolisch	

10. Maße (bitte nur heute in der Praxis oder in der Apotheke gemessene Werte eintragen)

Körpergröße _____ cm
Körpergewicht _____ kg

FRAGEBOGEN Bluthochdruck
Versicherung Nr. _____
Versicherte Person _____

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhafte 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
Datum	Unterschrift und Stempel Arzt oder Apotheker