

Service-Center
IG BCE Arbeitskraftschutz Flex
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN PFLEGE Bluthochdruck

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Wann wurde erstmals ein erhöhter Blutdruck festgestellt?

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

- a) ☐ Eigenmessung
☐ Messung durch den Arzt

Datum _____

		mmHg.
systolisch	diastolisch	

- b) ☐ Eigenmessung
☐ Messung durch den Arzt

Datum _____

		mmHg.
systolisch	diastolisch	

3. Nehmen Sie Medikamente zur Regulierung des Blutdruckes ein?

- ☐ ja, welche _____
seit wann _____
wie häufig _____
Dosierung _____
☐ nein

4. Ist die Ursache (Grunderkrankung) für den Bluthochdruck bekannt?

(z. B. Nierenerkrankung, Herz/Kreislaufkrankung, Übergewicht, Schilddrüsenüberfunktion)

☐ ja, Ursache _____

☐ nein

5. Leiden/litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ ja
- ☐ Beschwerden/Erkrankungen des Herzens
 - ☐ Nierenerkrankungen
 - ☐ Durchblutungsstörungen
 - ☐ Veränderungen der Netzhaut des Auges
 - ☐ Schlafapnoesyndrom
 - ☐ Fettstoffwechselstörung
- ☐ nein, keine trifft zu

6. Trifft eine oder mehrere der folgenden Aussagen zu? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ ja
- ☐ Die Anzahl oder Stärke der Medikamente musste in den letzten 3 Jahren erhöht werden.
 - ☐ Es kommt trotz Behandlung zu Blutdruck-erhöhungen.
 - ☐ In den letzten 3 Jahren sind mehrfach Schwindelzustände aufgetreten.

FRAGEBOGEN PFLEGE Bluthochdruck

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

- ☐ In den letzten 3 Jahren war aufgrund des Bluthochdrucks ein Krankenhausaufenthalt erforderlich.
- ☐ Es wurde eine Überweisung zum Facharzt angeraten.
- ☐ nein, keine trifft zu

7. Bestehen zurzeit Beschwerden?

- ☐ ja, welche _____
- ☐ nein _____

8. Wurde ein EKG oder eine Ultraschalluntersuchung des Herzens (Echokardiographie) in den letzten 3 Jahren durchgeführt?

(Falls Befunde vorliegen, bitte beifügen)

- ☐ ja, wann _____
Ergebnis _____
- ☐ nein _____

9. Wurde eine 24h Blutdruckmessung in den letzten 3 Jahren durchgeführt? (Falls ein Blutdruckprotokoll/Befund vorliegt, bitte beifügen)

- ☐ ja, wann _____
von wem _____
- ☐ nein _____

10. Rauchen Sie?

- ☐ ja, täglich
- ☐ Zigaretten _____ Stück
- ☐ sonstiges _____ Stück
- ☐ nein

11. Welchen Arzt/Behandler nahmen Sie wegen dieser Erkrankung bisher in Anspruch?

(Name und vollständige Adresse)

Zeitpunkt des letzten Arztbesuches

Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen, bitten wir um Überlassung/Einreichung für eine kurze Einsichtnahme.

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