

Service-Center
MetallRente.Arbeitskraftabsicherung
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?

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Jörg Arnold
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Frank Schnewlin,
Thomas Buess, Adrienne Corboud Fumagalli, Ueli Dietiker,
Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker, Henry Peter,
Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber, Klaus Tschüscher

Deutsche Bank AG

IBAN DE93 7007 0010 0213 0243 00
BIC DEUT DE 33 XXX

Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

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 Bereitschafts-arzt/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)

		mm Hg.
systolisch	diastolisch	
		mm Hg.
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 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.

Ort, Datum_____
Unterschrift Versicherungsnehmer

Bei Firmen ist der Firmenstempel zwingend erforderlich

(ersatzweise die vollständige Bezeichnung der Firma)

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Ort, Datum_____
Unterschrift Versicherte Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Ort, Datum_____
Unterschrift und Stempel Arzt oder Apotheker