

Selbstauskunft Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Allgemeine Angaben

Zu- und Vorname der zu versichernden Person

Antrag vom:

Geburtsdatum:

Antragsteller / Vers.-Nummer:

Anschrift:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Schlaganfall, etc.)

Frage 1:

a) Welche Krankheitsbezeichnung (med. Diagnose) nannte Ihnen der Behandler?

b) Wer behandelte Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung?
(Bitte Name und Anschrift angeben)

c) Wie oft haben Sie in den letzten 36 Monaten einen Behandler aufgesucht?

Frage 2:

a) Welche Beschwerden haben / hatten Sie und gibt es einen Auslöser dafür? (z. B. körperliche Anstrengung, Kälte, etc.)

b) Seit wann haben / hatten Sie diese Beschwerden?

c) Wann hatten Sie diese Beschwerden erstmals, wann zuletzt?

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Herz-Kreislauf-Erkrankungen

| | | |
|----------|---|--|
| Frage 2: | d) Bestanden <u>in den letzten fünf Jahren</u> Krankheiten des Herzens, der Kreislauforgane oder der Gefäße? (z. B. Arterienverkalkung, Thrombose, Durchblutungsstörungen, etc.) Falls ja, welche? | |
| | e) Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten? (z. B. Herzklopfen, Schmerzen im Brustkorb, Schwellungen an Armen oder Beinen, etc.) Falls ja, welche? | |
| | f) Bestanden <u>in den letzten fünf Jahren</u> Krankheiten des Blutes oder lymphatischen Systems bzw. der Milz? (z. B. Anämie, Gerinnungsstörungen, etc.) | |
| Frage 3: | a) Sind / Waren aufgrund der Beschwerden / der Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus, Reha-Maßnahmen oder Kuren notwendig? Bitte Befunde beifügen. | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> |
| | | Ambulant <input type="radio"/> Stationär <input type="radio"/> |
| | | Wann? (Zeitraum) |
| | | Wo? (bitte Name und Anschrift angeben) |

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Herz-Kreislauf-Erkrankungen

| | | | | |
|----------|--|---|--|--|
| Frage 3: | b) Haben Sie aufgrund der Beschwerden durch die Schwere des Auftretens eine Notaufnahme aufgesucht? Falls ja, schildern Sie in Kürze warum? | | | |
| Frage 4: | a) Von wann bis wann waren Sie in Behandlung oder Kontrolle? | | | |
| | b) Sind Sie zurzeit noch in Behandlung? Dazu zählen auch Nach-/ Kontrolluntersuchungen zu ausgeheilten / abgeklungenen Erkrankungen. | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> | | |
| | c) Wurden Sie operiert? Falls ja, welche Operation war es und wann fand diese statt? Dazu zählen auch ambulante Operationen. | | | |
| | d) Wurde Ihnen eine Operation empfohlen oder stehen noch Behandlungsmaßnahmen bzw. Kontrollen bevor? (z. B. Blutdruckmessungen, Herzkatheter-Untersuchungen, etc.) Falls ja, welche? | | | |
| | e) Wurden Bilddokumentationen / bildgebende Diagnostiken durchgeführt? Falls ja, Befund bitte beifügen. | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> | | |
| | f) Nehmen Sie alternative Heilbehandlungsmethoden in Anspruch oder ziehen Sie es in Betracht? Falls ja, welche Methoden betrifft dies? | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> | | |
| Frage 5: | a) Erhalten / Erhielten Sie Medikamente? Falls ja, welche und in welchen Zeitabständen werden / wurden diese verabreicht? | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> | | |

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Herz-Kreislauf-Erkrankungen

| | | | | |
|----------|--|----------------------------|--------------------------|--|
| Frage 5: | b) Nehmen Sie das Medikament weiterhin? | | | |
| | c) Erhalten / Erhielten Sie Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlung, Bäder? | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> | Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten? <input type="text"/> |
| | d) Erhalten / Erhielten Sie Injektionen? | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> | Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten? <input type="text"/> |
| | e) Erhalten / Erhielten Sie sonstige Behandlungen (z. B. Psychotherapie, Spiegelungen etc.)? Bitte Befund beifügen. | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| Frage 6: | a) Sind Sie jetzt beschwerdefrei? | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> | Falls ja, seit wann? <input type="text"/> |
| | b) Welche Beschwerden bestehen weiterhin? | <input type="text"/> | | |
| | c) Haben diese Erkrankung / Beschwerden Folgen hinterlassen? (z. B. Durchblutungsstörungen, Schwellungen der Beine, etc.) Falls ja, welche? | <input type="text"/> | | |
| | d) Hat sich Ihr Körpergewicht in diesem Zusammenhang stark verändert? | <input type="text"/> | | |
| Frage 7: | a) Weswegen waren Sie zum letzten Mal beim Arzt / Heilpraktiker (med. Diagnose) und wann war dies? | <input type="text"/> | | |

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Frage 7:

b) Was wurde festgestellt (med. Diagnose)?

c) Bitte geben Sie Name und Anschrift des Behandlers an.

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person