

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

D522222

Selbstauskunft Übergewicht

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg gemessen am: _____

2. Liegt eine Erhöhung der folgenden Werte vor?

Cholesterin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Leberwerte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Blutzucker	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Hinweis: Wird eine Frage mit „ja“ beantwortet, reichen Sie bitte den letzten Laborbefund mit ein.

3. Worauf ist das erhöhte Gewicht zurückzuführen?

<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel
<input type="checkbox"/> Essstörung	<input type="checkbox"/> hormonelle Störung
<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Medikamente, Präparatename(n) _____
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> genetische Ursachen
<input type="checkbox"/> sonstige: _____	

4. Welche Beschwerden/ Folgen bestehen oder bestanden?

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Fettleber	<input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> arterielle Gefäßkrankung
<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> psychosoziale Probleme
<input type="checkbox"/> sonstige: _____	

5. Wie wird/ wurde behandelt? Ist eine der genannten Behandlungen geplant oder empfohlen?

keine Behandlung

ärztlich begleitete Diätmaßnahme

Kuraufenthalt, wann? _____ (Monat/ Jahr)
(Bitte reichen Sie den Kurentlassungsbericht mit ein.)

Medikamente, Präparatename(n) _____
Einnahme: von _____ (Monat/ Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr)

Sonstige, welche? _____
Wann? _____ (Monat/ Jahr)

6. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten sind/ waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen den Erkrankung(en) in Behandlung?

Hausarzt Internist Heilpraktiker sonstige: _____

D522222

Name, vollständige Anschrift: _____

Diese Selbstauskunft ist Bestandteil des Versicherungsantrages. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach §19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person über 16 Jahre
(gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)