ALTE OLDENBURGER

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.: VD522203

Selbstauskunft Herz- und Kreislauferkrankungen

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		**Zu versichernde Person:**	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	

1. Allgemeine Angaben (sofern bekannt):

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
RR: _____ mmHg Pulsfrequenz: _____ /min
Cholesterin: _____ mg% HDL-Chol.: _____ mg%
LDL-Chol.: _____ mg% Triglycerid: _____ mg%
Harnsäure: _____ mg%

2. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?

☐ Bluthochdruck ☐ zu niedriger Blutdruck
☐ Herzinfakt ☐ Kreislaufbeschwerden
☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Angina Pectoris
☐ Arterienverkalkung ☐ Durchblutungsstörungen
☐ koronare Herzkrankheit ☐ Herzklappenfehler
☐ Sonstiges: _____

3. Wie äußern sich die Beschwerden?

☐ Herzrasen ☐ Herzschmerzen
☐ Atemnot ☐ Schwindel
☐ Gefühlsstörungen Wenn ja, wo: _____
☐ Sonstiges: _____

4. Welche Ursachen/Faktoren sind bekannt?

☐ angeboren/familiär bedingt ☐ Infektion
☐ Übergewicht ☐ Untergewicht
☐ bedingt durch Stress ☐ Nierenerkrankung
☐ Sonstige Ursachen/Faktoren: _____

5. Werte der letzten Blutdruckmessungen?

	Datum	Blutdruck in mm HG systolisch	diastolisch
1.)			
2.)			
3.)			

6. Fanden ambulante Behandlungen statt?

☐ nein ☐ ja, von: _____ bis: _____

7. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)

☐ **Medikation:** Name: _____
Dosierung: _____
Einnahme seit: _____
☐ abgeschlossen ☐ dauerhaft

☐ **Untersuchungen:**

Welche: _____

Ergebnis: _____

☐ **Sonstiges:** _____

8. Fand eine stationäre Behandlung statt?

☐ nein
☐ ja ☐ OP Datum d. OP: _____ Art: _____
☐ OP angeratenwann: _____ Art: _____
☐ Sonstiges: _____

9. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

☐ nein
☐ ja ☐ Aufenthalt von: _____ bis: _____
☐ Aufenthalt angeraten _____
☐ Sonstiges: _____

10. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

☐ nein ☐ ja, von: _____ bis: _____

11. Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit: _____

12. Besteht Beschwerdefreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit: _____

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil des Versicherungsantrags. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte 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 des Antragstellers/Angebotsanfragenden sowie aller versicherten Personen über 16 Jahre