

Herz-, Blutgefäß- und Kreislauferkrankungen

Antragsteller: Vorname, Name

Geburtsdatum

Antrag vom

Versicherte Person: Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungs-/Antrags-Nummer

Alle nachfolgenden Fragen und Erklärungen beziehen sich auf die in dieser Zusatzklärung genannte Erkrankung, sofern nicht ausdrücklich eine andere Erkrankung genannt wird.

1. Welche Diagnose stellte der Arzt?

- Herzinfarkt, hoher Blutdruck, Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, Durchblutungsstörungen, Angina pectoris, Stenokardie, niedriger Blutdruck, Hypotonie, koronare Herzkrankheit, KHK, Herzfehler, Herzvitium, Andere Diagnose, welche?

Empty text box for diagnosis details.

2. Welche Beschwerden/Symptome hatten bzw. haben Sie?

- Atemnot, Herzklappen, Schwindel, Beängstigung, Herzschmerzen, Andere Beschwerden, welche?

Empty text box for symptoms.

Wann und wie lange traten sie im Einzelnen auf?

Empty text box for timing of symptoms.

3. Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

Empty text box for treatment duration and frequency.

4. Wie wurden bzw. werden Sie behandelt?

Bei Medikamenten bitte Namen, Dosierung und Dauer angeben.

Table for medication treatment details.

5. Ergebnis und Zeitpunkt der letzten Blutdruckmessung:

Ohne Medikamenteneinnahme

Table with columns: Datum, syst., diast., Puls.

Mit Medikamenteneinnahme

Table with columns: Datum, syst., diast., Puls.

6. Wann wurde zuletzt ein EKG / eine Blutuntersuchung gemacht?

Ruhe-EKG

Table with columns: Datum, Ergebnis.

Belastungs-EKG

Table with columns: Datum, Ergebnis.

Langzeit-EKG

Table with columns: Datum, Ergebnis.

Blutuntersuchung (Laborkontrolle)

Table with columns: Datum, Ergebnis.

7. Wurde eine dieser Untersuchungen bei Ihnen durchgeführt?

Herzkatheteruntersuchung
[] nein [] ja, wann?

Empty text box for heart catheterization date.

PTCA (Koronarangioplastie, Ballondilatation)
[] nein [] ja, wann?

Empty text box for PTCA date.

Bypassoperation
[] nein [] ja, wann?

Empty text box for bypass operation date.

Eine andere Herz- oder Gefäßoperation
[] nein [] ja, wann und welche Operation?

Empty text box for other heart/vascular operation details.

8. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

[] nein [] ja, in welchem Umfang? Art und Menge.

Empty text box for alcohol consumption details.

9. Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?

Ist die Erkrankung vollständig ausgeheilt?

[] nein [] ja, seit wann?

Empty text box for time since healed.

Welche Beschwerden bestehen jetzt noch?

Empty text box for current complaints.

Ist eine Operation vorgesehen?

[] nein [] ja, wann und welche?

Empty text box for planned operation details.

Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?

Bitte Namen und Dosierung angeben.

Empty text box for current medication details.

10. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben?

Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben.

Empty text box for doctor information.

Erklärung

Die Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet worden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen vorgenannten Fragen nochmals selbst überprüft habe...

Ort, Datum | Unterschrift