

**Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)**

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. Seit wann ist Ihnen bekannt, dass Sie an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) leiden?**

**2. Welche Form von Diabetes mellitus wurde festgestellt?**

- Typ I (juvener Diabetes)  
 Typ II (Erwachsenen-, Altersdiabetes)

**3. Wie wurden bzw. werden Sie behandelt?**

**Halten Sie eine regelmäßige Diät ein?**

- nein  ja, seit wann?

**Ist eine Behandlung mit Insulin erforderlich?**

- nein  ja, seit wann?

Welche Präparate verwenden Sie und in welcher Dosierung?

Wird eine Insulinpumpe verwendet?

- nein  ja, seit wann?

**Wird ihre Zuckerkrankheit mit Tabletten behandelt?**

- nein  ja, seit wann?

Welche Medikamente verwenden Sie und in welcher Dosierung?

**4. Namen, Anschrift und Fachrichtung des behandelnden Arztes?**


**5. Fanden Krankenhaus- oder Kuraufenthalte statt?**

- nein  ja, wann und wie lange?  
Name und Anschrift der Klinik?


**6. Sind Schockzustände oder Koma aufgetreten?**

- nein  ja, wann?

**7. Hatten Sie Eiweiß im Urin?**

- nein  ja, wann?

**8. Wurde eine Veränderung des Augenhintergrundes festgestellt?**

- nein  ja, wann?

**9. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?**

- nein  ja, in welchem Umfang? Art und Menge.

  


**10. Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?**

**Ist der Diabetes mellitus gut eingestellt?**

- nein  ja, seit wann?

**Welche Beschwerden bestehen jetzt noch?**

  


**Wurden regelmäßig Kontrolluntersuchungen durchgeführt?**

- nein  ja, in welchen Abständen?

**Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?**

Bitte Namen und Dosierung angeben.

  


**Wann war die letzte Blutuntersuchung? Mit welchem Ergebnis?**

Datum	HbA1
Blutzucker nüchtern	Blutzucker nach dem Essen

**Welche Blutdruckwerte wurden zuletzt gemessen?**

Datum	Ergebnis	syst. / diast.
-------	----------	----------------

**11. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben?**

Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben.


**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 und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift