

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

Seit wann besteht der Bluthochdruck?

Monat

Jahr

Welche Beschwerden/Symptome lagen bzw. liegen vor?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Beklemmung | <input type="checkbox"/> Blutdruckentgleisung |
| <input type="checkbox"/> Brustenge | <input type="checkbox"/> Schmerzende Extremitäten | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Herzschmerzen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Schneller Puls |

Sonstige Beschwerden

Welche Ursache ist Ihnen bekannt?

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hormonelle Störungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Genetische Veranlagung | |

Sonstige Ursachen

Sind Folgeschäden aufgetreten?

- ja nein

Falls ja, welche?

- Gefäßverengung Herzvergrößerung Nierenschäden Netzhautschäden

Sonstige Folgeschäden

Wurde bereits eine Therapie durchgeführt?

- ja nein

Falls ja, welche?

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung | <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> Diät |
| <input type="checkbox"/> Kuraufenthalte | <input type="checkbox"/> Medikamente | |

Sonstige Therapien

Welche Medikamente werden/wurden in welcher Dosierung eingenommen?

Von wann bis wann?

von

bis

Welche Blutdruckwerte wurden zuletzt gemessen?

Blutdruck

Datum

Unter Medikation

- ja nein

Blutdruck

Datum

Unter Medikation

- ja nein

Blutdruck

Datum

Unter Medikation

- ja nein

Bei welchen Ärzten/Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person