

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

Welche Werte waren/sind erhöht?

Harnsäurewerte Leberwerte
 Cholesterin sonstige Werte:

Seit wann ist die Erkrankung bekannt?

Monat Jahr

Treten/traten Beschwerden auf?
Falls ja, welche?

ja nein

Von wann bis wann?

von bis

Sind Sie derzeit beschwerdefrei?

ja nein

Falls ja, seit wann?

Monat Jahr

Bestehen oder bestanden Herzbeschwerden?

ja nein

Falls ja, wie machen sie sich bemerkbar?

Wurde eine koronare Herzkrankheit festgestellt?

ja nein

Falls ja, wann?

Monat Jahr

Besteht eine Gefäßverkalkung (Arteriosklerose)?

ja nein

Falls ja, seit wann?

Monat Jahr

Besteht oder bestand ein Diabetes mellitus?

ja nein

Falls ja, seit wann?

Monat Jahr

Wurden erhöhte Blutdruckwerte festgestellt?

ja nein

Falls ja, wann?

Monat Jahr

Wurden erhöhte Harnsäurewerte festgestellt?

ja nein

Falls ja, wann?

Monat Jahr

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Trat ein Gichtanfall auf?

ja nein

Falls ja, wann erstmals?

Monat Jahr

Falls ja, wie oft im Jahr?

Welche Gelenke wurden vom Gichtanfall betroffen?

Welche Therapie/Behandlung wurde bisher durchgeführt?

Diät ambulante Behandlung Gewichtsreduzierung
 Medikamente Krankenhausbehandlung Kuraufenthalte
 (bitte Kurbericht beifügen)

Welche Medikamente werden/wurden in welcher Dosierung eingenommen?

Sonstige Therapien/
Behandlungen

In welchen Abständen sind Sie aufgrund erhöhter Blutfettwerte in ärztlicher Behandlung?

von bis von bis von bis

Sind die Behandlungen abgeschlossen?

ja nein

Falls ja, seit wann?

Monat Jahr

Sind weitere Behandlungen angeraten oder beabsichtigt?

ja nein

Falls ja, welche?

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