

Medizinische Selbstauskunft
über Bluthochdruck/ Hypertonie

Antragsteller: _____ Mitgl.-/Bearb.-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____ Antrag/Anfrage vom: _____

Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen

1. Wie lautet die genaue Diagnose? (soweit bekannt) _____
2. Der erhöhte Blutdruck wurde erstmals festgestellt am _____ und wird seit _____ behandelt.
3. Wie hoch war der erstmals festgestellte Bluthochdruck (ohne Medikation) _____
4. Wann wurde zuletzt Ihr Blutdruck von einem Arzt gemessen? Datum _____ Werte: _____
5. Bitte geben Sie die letzten 3 von Ihnen gemessenen Blutdruckwerte unter Medikation an
Datum: _____ Werte: _____ Datum: _____ Werte: _____ Datum: _____ Werte: _____
6. Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____
Dosierung (wie oft täglich und wie viele Tabletten werden eingenommen?): _____
7. In welchen Abständen sind Sie seitens des Bluthochdrucks in ärztlicher Behandlung?
 monatlich vierteljährlich halbjährlich _____
8. Welche Art von Untersuchungen wurden durchgeführt?
 Computertomographie/ Kernspintomographie Sonographie/ Ultraschalluntersuchung
 Herzkatheteruntersuchung Doppler-/ Farbdoppleruntersuchung
 24- Stunden- Blutdruckmessung/ Langzeitmessung EKG/ Belastungs-EKG
 Untersuchung des Augenhintergrundes _____
Wann fanden diese Untersuchungen statt? _____

Zu 8.: Wurde eine dieser Untersuchungen durchgeführt, dann fügen Sie bitte die Befundberichte bei. Die Berichte erhalten Sie über Ihren Hausarzt bzw. Internisten.

9. Welche Behandlungen/ Untersuchungen sind geplant bzw. erforderlich? keine folgende: _____
10. Rauchen Sie? nein ja, wie viel Zigaretten täglich?
11. Wie groß und schwer sind Sie? _____ cm _____ kg
12. Sind erhöhte Werte zu Blutfetten/ Cholesterin, Harnsäure, Glukose/ Zucker, Eiweiß im Urin innerhalb der letzten 5 Jahre festgestellt worden? nein ja (bitte Kopie Laborwerte beifügen) nicht bekannt (bitte Kopie Laborwerte beifügen)
13. Hat der Bluthochdruck bereits zu Folgeschäden an anderen Organen (z. B. Auge, Niere,...) geführt?
 nein ja, folgende _____
14. Sind Sie beschwerdefrei? ja nein, folgende Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen, Schwindel) bestehen noch : _____
15. Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Bluthochdruck arbeitsunfähig? nein ja, von wann bis wann? _____
16. Welcher Arzt kann Auskunft geben? _____

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.

Datum

Unterschrift der zu versichernden volljährigen Person