

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wann wurde bei Ihnen erstmals ein erhöhter Blutdruck festgestellt?

2. Ist Ihnen die Ursache für den Bluthochdruck bekannt?

Nierenerkrankung    
  Herz-/Kreislaufkrankung    
  Übergewicht    
  Schilddrüsenüberfunktion    
  Nein  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

3. Bitte nennen Sie die 3 zuletzt gemessenen Blutdruckwerte:

				Datum	Wert unter Medikation	
_____ / _____	mm Hg (systolisch/diastolisch)	<input type="checkbox"/> Eigenmessung	<input type="checkbox"/> Messung beim Arzt	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
_____ / _____	mm Hg (systolisch/diastolisch)	<input type="checkbox"/> Eigenmessung	<input type="checkbox"/> Messung beim Arzt	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
_____ / _____	mm Hg (systolisch/diastolisch)	<input type="checkbox"/> Eigenmessung	<input type="checkbox"/> Messung beim Arzt	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

4. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?

Keine Medikamente: \_\_\_\_\_ von:  bis:

In welcher Dosierung?     täglich ( \_\_\_\_\_ mal am Tag)     bei Bedarf     \_\_\_\_\_ mal im Jahr

5. Bestehen oder bestanden bei Ihnen weitere Gesundheitsstörungen?

<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung (Cholesterin)	<input type="checkbox"/> Herz-/ Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> Erhöhter Augeninnendruck	
<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Eiweiß/Blut im Urin	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Leberschädigung (Seit) wann? _____	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Schwindel	

6. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankungen durchgeführt bzw. sind geplant?

<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Echokardiographie (Herz-Ultraschall)
<input type="checkbox"/> 24- Stunden-Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/> Ruhe-EKG
<input type="checkbox"/> Ergometrie (Belastungs-EKG)	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

Wann? In welchen Abständen?

Mit welchem Ergebnis?     kein krankhafter Befund     krankhafter Befund:

(Bitte Befund beifügen)

7. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name: _____	Name: _____
Anschrift: _____	Anschrift: _____
Behandlungszeitraum   von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	Behandlungszeitraum   von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>

B

**8. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?**

Ja | wann:

Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

**9. Konsumieren oder konsumierten Sie Tabak unter Feuer (z.B. Zigaretten, Zigarillos, Pfeifen) oder Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer (z. B. E-Zigarette, E-Zigarre, E-Pfeife)?**

Ja | seit wann?

Bei Ex-Rauchern | bis wann?

Nein

Was?

Wie viel pro Tag?

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person