

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

Bluthochdruck Ohne Ursache/andere Grunderkrankungen - Fragebogen Bluthochdruck ausreichend
 Zu niedriger Blutdruck Angina Pectoris Herklappenfehler/-prolaps/-insuffizienz
 Herzinfarkt Arterienverkalkung Herzrhythmusstörungen
 Herzmuskelentzündung Koronare Herzkrankheit (KHK) Sonstige:

2. Unter welchen Beschwerden leiden oder litten Sie?

Keine Herzschmerzen Atemnot
 Herzrasen Bewusstseinsverlust Schnelle Ermüdung
 Kopfschmerzen Schwindel Gefühlsstörungen Falls Ja | Wo?
 Sonstige:

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

einmalig wiederholt| in welchen Abständen (Datum)? andauernd
 Wann erstmals? Wann zuletzt?

4. Bitte nennen Sie die 3 zuletzt gemessenen Blutdruckwerte:

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

5. Wurden bei Ihnen erhöhte Blutfettwerte festgestellt?

				Datum	
Cholesterin _____ mg/dl	HDL-Cholesterin _____ mg/dl	Triglyceride _____ mg/dl		<input type="text"/>	Nein
Cholesterin _____ mg/dl	HDL-Cholesterin _____ mg/dl	Triglyceride _____ mg/dl		<input type="text"/>	
Cholesterin _____ mg/dl	HDL-Cholesterin _____ mg/dl	Triglyceride _____ mg/dl		<input type="text"/>	

6. Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden bekannt oder aufgefallen?

Stress Kälte Körperliche Anstrengung Sonstige: Nein

7. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?

Keine Medikamente: von: bis:
 In welcher Dosierung? täglich (_____ mal am Tag) bei Bedarf _____ mal im Jahr

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

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

Fragebogen: Herz- und Kreislauferkrankungen

B

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

Ruhe-EKG
24- Stunden-EKG
Ergometrie (Belastungs-EKG)

Echokardiographie (Herz-Ultraschall)
Herzkatheder-Untersuchung
Sonstige:

Wann? In welchen Abständen?

Mit welchem Ergebnis? kein krankhafter Befund krankhafter Befund:

(Bitte Befund und letzten kardiologischen Kontrollbefund beifügen)

10. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja | wann:

Welche?

Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

11. Werden oder wurden weitere Therapien durchgeführt?

Herz-/Kreislauftaining
Lymphdrainagen
Sonstige:

Herzschrittmacher
Stützstrümpfe

Nein

von: bis: wie oft?

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

Ja | wann:

Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

13. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben?

Ja | welche?

Nein

14. Konsumieren oder konsumierten Sie Tabak unter Feuer (z.B. Zigaretten, Zigariillos, 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?

15. Besteht oder bestanden in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder) Herz-/ Kreislauferkrankungen?

Bitte nur Art und Anzahl der Erkrankungen nennen, nicht die betroffenen Personen.

Ja | welche?

Nein

16. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studierunfähig gewesen?

Ja | von: bis:

Ja | von: bis:

Nein

17. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

18. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebtt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels?

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person