

Fragebogen: Bluthochdruck

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt.

Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll.

Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

Zu versichernde Person

Geb.-Datum

Berufliche Tätigkeit

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) | 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 |

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?

| | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------|------|
| Fettstoffwechselstörung (Cholesterin) | Herz-/ Kreislaufkrankungen | Erhöhter Augeninnendruck | Nein |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | Durchblutungsstörungen | Eiweiß/Blut im Urin | |
| Leberschädigung (Seit) wann? | Nierenerkrankung | Schwindel | |

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

| | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| Keine | Echokardiographie (Herz-Ultraschall) |
| 24- Stunden-Blutdruckmessung | Ruhe-EKG |
| Ergometrie (Belastungs-EKG) | 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: bis:

Behandlungszeitraum | von: bis:

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