

Fragebogen: Herz- und Kreislauferkrankungen

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.

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	_____	Ja Nein
_____ / _____ mm Hg (systolisch/diastolisch)	Eigenmessung	Messung beim Arzt	_____	Ja Nein
_____ / _____ mm Hg (systolisch/diastolisch)	Eigenmessung	Messung beim Arzt	_____	Ja Nein

5. Wurden bei Ihnen erhöhte Blutfettwerte festgestellt?

			Datum	
Cholesterin _____ mg/dl	HDL-Cholesterin _____ mg/dl	Triglyceride _____ mg/dl	_____	Nein
Cholesterin _____ mg/dl	HDL-Cholesterin _____ mg/dl	Triglyceride _____ mg/dl	_____	
Cholesterin _____ mg/dl	HDL-Cholesterin _____ mg/dl	Triglyceride _____ mg/dl	_____	

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: _____ bis: _____	Behandlungszeitraum von: _____ bis: _____

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-/Kreislaufttraining
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 studienunfähig 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/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels?

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person