

Fragebogen - Diabetes /Zuckerkrankheit



VGH Versicherungen
Provinzial Lebensversicherung Hannover
LV-R
30140 Hannover

Versicherungsnummer

0	2	2	1	-	0										
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Bitte bei Zahlungen und Schriftwechsel angeben)

Name, Vorname

Möller, Julia

Geburtsdatum

29.05.1996

1. Wann wurde(n) bei Ihnen die Erkrankung(en) bzw. Beschwerde(n) erstmals festgestellt?

2019

(Jahr)

☒ Typ 1

☐ Typ 2

☐ Insulinresistenz

2. Wie werden bzw. wurden Sie behandelt?

☒ Insulin,

Präparatename(n): Tresiba, NovoRapid

☐ Tabletten,

Präparatename(n):

☐ Diät, nähere Angaben

☐ sonstige Maßnahmen, welche?

3. Kontrollieren Sie Ihren Diabetes selbst?

☐ nein

☒ ja, Nüchternblutzucker der letzten Messung – Ergebnis?

85 mg/dL

Datum

13.07.2020

(Bitte reichen Sie uns ggfs. eine Kopie Ihres Diabetiker-/Gesundheitspasses ein)

4. Welche Untersuchungsergebnisse wurden zuletzt ärztlich festgestellt?

☒ Blutzucker

Ergebnis/Datum

115 mg/dL

Ergebnis/Datum

11.06.2020

☒ HbA1c

5,3 %

11.06.2020

☒ Urinuntersuchung

Zucker im Urin?

☒ nein

☐ ja, wann?

(Monat/Jahr)

Eiweiß im Urin?

☒ nein

☐ ja, wann?

(Monat/Jahr)

Blut im Urin?

☒ nein

☐ ja, wann?

(Monat/Jahr)

☒ Blutdruckmessung

Ergebnis? RR

120 / 70

wann?

11.06.2020

(Monat/Jahr)

5. Haben Sie im Zusammenhang mit der Diabetes ein Koma oder einen Schock erlitten?

☒ nein

☐ ja - diabetisches Koma (zu hohe Zuckerwerte)

wie häufig?

wann?

(Monat/Jahr)

☐ ja - Koma wegen Unterzuckerung

wie häufig?

wann?

(Monat/Jahr)

Versicherungsnummer

0	2	2	1	-	0									
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Rauchen Sie?

- ☒ nein ☒ noch nie ☐ Nichtraucher seit _____ (Monat/Jahr)
- ☐ ja ☐ E-Zigarette ☐ Zigaretten, wie viele täglich? _____ (Stück)
- ☐ Shisha ☐ sonstiges, was? _____

7. Bestehen noch Einschränkungen und / oder Beschwerde(n) seitens der genannten Erkrankung(en)?

- ☒ Keine Erkrankungen bzw. Beschwerden
- ☐ Erkrankungen der Haut (z.B. Juckreiz, Furunkel), welche? _____
- ☐ Erkrankungen der Augen (auch Veränderungen des Augenhintergrunds), welche? _____
- ☐ Erkrankungen des Herzens, welche? _____
- ☐ Zu hoher Blutdruck
- ☐ Durchblutungsstörungen der Füße und Beine
- ☐ Erkrankungen der Nieren (auch Eiweiß im Urin), welche? _____
- ☐ Sonstige, welche? _____

8. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerde(n) arbeitsunfähig /schulunfähig (krankgeschrieben)?

- ☒ nein ☐ ja Zeitraum von _____ bis _____
- Zeitraum von _____ bis _____

9. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen oder standen Sie wegen Ihrer/ Ihren Erkrankung(en) in Behandlung?

- ☒ Hausarzt ☐ Internist ☒ Diabetologe ☐ Augenarzt
- ☐ Reha- und Kuraufenthalte oder Krankenhausaufenthalte
- Wann? _____ Zeitraum von _____ bis _____
- ☐ sonstige, welche? _____

Namen, Anschriften der Ärzte / Therapeuten: Diabetologe Dr. Stefan Fels (Prinzessinweg 40, 26122 Oldenburg)

Hausarzt Dr. Henning Stein (Georgstr. 5, 26121 Oldenburg)

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Die beigefügte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

Mir ist bekannt, dass die Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht die Provinzial Lebensversicherung Hannover berechtigen kann - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen. Dies kann unter Umständen zu einer Leistungsfreiheit - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen.

Ich befreie die hier genannten Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, von ihrer Schweigepflicht. Die Provinzial Lebensversicherung Hannover wird mich vor einer Erhebung unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Oldenburg, 13.07.2020

Ort, Datum


Unterschrift der zu versichernden Person (beide gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)