



Selbstauskunft Herz-, Gefäß- und Kreislaufkrankungen

Name, Vorname		Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers			
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Ort	
Behandelt wegen			
1. Wie wurde die Erkrankung vom Arzt genau bezeichnet ?	<input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Gefäßverengung <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung der Beine, <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung <input type="checkbox"/> Schlaganfall	
2. Wann wurde die Erkrankung ärztlicherseits diagnostiziert?			
3. Welche Beschwerden/ Symptome lagen bzw. liegen vor?	<input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Brustenge <input type="checkbox"/> Herzschmerzen <input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Beängstigung <input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen/ Kribbeln <input type="checkbox"/> Schmerzen in den Extremitäten	
4. Was ist die Ursache der Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	<input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	
5. Ergebnis und Zeitpunkt der letzten Blutdruckmessung	Blutdruck <input type="text"/> zu <input type="text"/> Puls <input type="text"/> Datum <input type="text"/> unter Medikation ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6. Kam es bereits zu Folgeschäden? z.B. Gefäßverengung, Herzvergrößerung, Netzhaut- oder Nierenschäden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
7. Welche Untersuchungen/Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? bitte auch die Behandlungszeiträume im grauen Kästchen vermerken	<input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Gefäß-Doppler-Untersuchung <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	<input type="checkbox"/> Herzkatheter <input type="checkbox"/> Laboruntersuchung <input type="checkbox"/> Langzeit-Blutdruckmessung <input type="checkbox"/> Bypass-Operation	
8. Medikamentöse Behandlung? bitte Namen u. Dosierung sowie Einnahmezeitraum des Medikaments angeben			
9. Erfolgt/ Erfolgte eine kontinuierliche oder bedarfsweise Behandlung? bitte alle Behandlungs-Zeiträume angeben	<input type="checkbox"/> kontinuierlich - Behandlungszeitraum, seit wann <input type="checkbox"/> bedarfsweise - bitte geben Sie die Behandlungszeiträume an		
10. Bestehen noch Beschwerden/ Folgen?	<input type="checkbox"/> nein, es bestehen Folgebeschwerden, und zwar <input type="checkbox"/> ja, seit		
11. Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen sind angeraten/geplant z.B. ambulante, stationäre und/oder medikamentöse Behandlungen			
12. Welcher Arzt kann am Besten Auskunft geben Bitte Art des Arztes, mit Name + Anschrift			

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)