



**Harnsäure - Z 12**

Versicherungsscheinnr: /  
Versicherte Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit:

HanseMerkur Lebensversicherung AG  
Abt. B - Risikoprüfung  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg  
AD-Nr.:

1. Wann wurde bei Ihnen die Harnsäureerhöhung Am: \_\_\_\_\_  
bzw. Gichtkrankung erstmals festgestellt?

2. Sind bei Ihnen Gichtanfälle aufgetreten?

nein

ja, am \_\_\_\_\_

1-2 Anfälle/Jahr bzw. akute Behandlungsdauer bis 1 Tag

> 2 Anfälle/Jahr bzw. akute Behandlungsdauer > 1 Tag

betroffene Gelenke: \_\_\_\_\_

3. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?

nein, keine Folgen/Beschwerden seit: \_\_\_\_\_

ja, Art der Folgen/Beschwerden: \_\_\_\_\_

4. Welche Ursache nannte Ihr Arzt für die Beschwerden?

\_\_\_\_\_

5. Werden / wurden Sie mit Medikamenten  nein  
behandelt? Wenn ja, welche, Dosierung?  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wenn ja:  regelmäßig /  bei Bedarf mit \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

regelmäßig /  bei Bedarf mit \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

6. Halten Sie eine bestimmte Diät ein?  nein  
Wenn ja, welche?  ja \_\_\_\_\_

7. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische  nein  
Getränke zu sich?  ja, Art \_\_\_\_\_

Wenn ja, was und wie viel pro Tag? Menge: \_\_\_\_\_ pro Tag

8. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden /  nein  
Erkrankung arbeitsunfähig gewesen?  ja, einmal von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Wann? Dauer?  ja, mehrmals

9. Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des  nein  
**Herzens** (z.B. Herzinsuffizienz,  ja, - Diagnose, Therapie, Feststellungszeitpunkt:  
 Herzvergrößerung), der **Nieren** (Nierensteine,  
 Eiweiß im Urin, Nierenentzündung), der **Leber**,  
**Diabetes, hohem Blutdruck, Erhöhung der**  
**Blutfette, Übergewicht?** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10. Welche Harnsäurewerte wurden gemessen?  
 (Bitte geben Sie die 2 aktuellsten und den höchsten je gemessenen Wert an)

Datum	Harnsäurewert	Wert unter Medikation
	mg %	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	mg %	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	mg %	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

11. Wurden sonstige Labortests (z. B. Leberwertbestimmung, Blutfette o. Ä.) durchgeführt?  
**Falls möglich, bitte Laborblatt beifügen!**

Laborwert	ja/nein	Datum	Ergebnis
Gamma-GT	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
GOT	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
GPT	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Triglyceride	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Cholesterin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonstige:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonstige:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

12. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?  
 Wann?

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

13. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?

- nein  
 ja, \_\_\_\_\_ % GdB/MdE

14. Zusätzliche Angaben:

---

---

---

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Z 12