



Schwangerschaft - Z 25

HanseMerkur

Versicherungsscheinnr: /
 Versicherte Person:
 Geburtsdatum:
 Berufliche Tätigkeit:

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

1. Seit wann sind Sie schwanger? seit: _____
2. Voraussichtlicher Geburtstermin? am: _____
3. Ist dies Ihre erste Schwangerschaft? ja
 nein, bitte weitere Angaben:

Frühere Schwangerschaft	Datum: _____	Datum: _____	Datum: _____
Verlauf komplikationslos?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls nein, welche Komplikationen traten auf?	_____	_____	_____
Spontan-Geburt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls nein, wie sonst? (z. B. Kaiserschnitt, Saugglocke?)	_____	_____	_____

4. Sind im Verlauf einer früheren oder der jetzigen Schwangerschaft insbesondere die folgenden Symptome aufgetreten?

Symptome	ja / nein	Dauer oder Zeitraum
Ödeme / Schwellungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Am: _____ / Von _____ Bis _____
Blutzuckererhöhungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Am: _____ / Von _____ Bis _____
Blutdruckerhöhungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Am: _____ / Von _____ Bis _____
Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Am: _____ / Von _____ Bis _____
Drohender Abgang / Abgang	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Am: _____ / Von _____ Bis _____
EPH-Gestose/Toxikose/Eklampsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Am: _____ / Von _____ Bis _____
Proteinurie (Eiweiß im Urin)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Am: _____ / Von _____ Bis _____
Krampfanfälle / Koma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Am: _____ / Von _____ Bis _____
_____ (Sonstige)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Am: _____ / Von _____ Bis _____
_____ (Sonstige)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Am: _____ / Von _____ Bis _____

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. Von wem (Arzt / Krankenhaus / Kurklinik) wurden Sie untersucht oder behandelt? Wann?

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

7. Ist ein Elektrokardiogramm (EKG) aufgenommen worden? Wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis?

- nein ja Datum: _____ Arzt: _____
- Ergebnis: _____

8. Ist eine operative Behandlung erfolgt oder geplant? Welche? Wann? Durch wen? Ggf Ergebnis? nein ja, am: _____ Welche? _____

9. Wurden Blutdruckwerte gemessen? Ja (Ergebnisse bitte eintragen) nein

	Datum: _____	Datum: _____	Datum: _____
Blutdruckwerte am	_____ / _____ mm HG	_____ / _____ mm HG	_____ / _____ mm HG
In Ruhe	systolisch / diastolisch	systolisch / diastolisch	systolisch / diastolisch
Werte unter Medikation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

10. Rauchen Sie? nein ja, Stück / Tag _____

12. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? ja nein, Einschränkungen: _____
 (Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?) _____

Derzeit nicht berufstätig

13 . Waren Sie während Ihrer aktuellen Schwangerschaft länger als eine Woche arbeitsunfähig geschrieben? Falls ja, Grund? nein ja, von: _____ bis: _____
von _____ bis: _____
Grund _____

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 25