

# Herz- / Kreislaufbeschwerden, Bluthochdruck - Z9



Versicherungsscheinnr: /  
Versicherte Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Wie lautet die genaue Bezeichnung Ihrer Erkrankung?
  
  2. Welche Beschwerden / Symptome bestehen / bestanden in Bezug auf die Erkrankung?  
(z. B.: Schwindel, Atemnot, Herzjagen, Müdigkeit, Schmerzen oder Stiche in der Herzgegend, ...)
  
  3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? Am: \_\_\_\_\_
  
  4. Über welchen Zeitraum sind die Beschwerden / Symptome aufgetreten? \_\_\_\_\_
  
  5. Kam es zu Rezidiven (erneuten Schüben)?  
 nein  
 ja, am \_\_\_\_\_
  
  6. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?  
 ja, seit \_\_\_\_\_  
 nein, Beschwerden: \_\_\_\_\_
  
  7. Kam es jemals zu Fällen von Bewusstseins - verlust (Synkopen, Ohnmachtsanfällen o. Ä.) ?  
 nein  
 ja, am \_\_\_\_\_
  
  8. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen?  
Wann? Dauer?  
 nein  
 ja, einmal von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 ja, mehrmals
  
  9. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer "Erkrankung" untersucht oder behandelt? Wann?
- | Name / Anschrift | Zeitpunkt / Zeitraum | Untersuchungen / Behandlungen |
|------------------|----------------------|-------------------------------|
|                  |                      |                               |
10. Rauchen Sie?  
 nein  
 ja, was und wie viel/Tag \_\_\_\_\_

11. Nehmen Sie Alkohol zu sich?  nein  
 ja, was und wie viel/Woche \_\_\_\_\_

12. Wie wurden oder werden Sie behandelt?

Keine Behandlung

Medikamente Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

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

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

Sonstige Maßnahmen Welche? \_\_\_\_\_

13. Welche Untersuchungen wurden bei Ihnen **Wann** **Ergebnis?** durchgeführt?

Ruhe-EKG

Ergometrie/EKG unter Belastung

24-Stunden-Blutdruckmessung

Augenhintergrunduntersuchung

Röntgenaufnahme des Brustkorbs

Blutuntersuchungen

14. Ist eine operative Behandlung des Herzens oder der Gefäße erfolgt oder geplant?  
 Wenn ja welche? Wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis?

15. Wurden Herzrhythmusstörungen festgestellt?  nein

Wenn ja, welcher Art? Falls bekannt, geben  ja \_\_\_\_\_  
 Sie bitte auch den Lown-Grad an.

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

Datum	Blutdruckwert systolisch / diastolisch	Herzfrequenz	Wert unter Medikation	
_____	_____/_____ mm HG	_____/ Minute	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____/_____ mm HG	_____/ Minute	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____/_____ mm HG	_____/ Minute	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

17. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?  ja  
Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?  nein, Einschränkungen \_\_\_\_\_

18. 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 9