

Harnsäure - Z 12



Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

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

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 behandelt? Wenn ja, welche, Dosierung? nein ja, von _____ bis _____

wenn ja: regelmäßig / bei Bedarf mit _____ Dosierung: _____

regelmäßig / bei Bedarf mit _____ Dosierung: _____

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

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

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

8. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? nein 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