

# Selbstauskunft: Herz-/Kreislaufferkrankungen

Name:

Geb.datum:

1. a) Welche Krankheitsbezeichnung nannte Ihnen der Behandler?

b) Wer behandelte Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung? (bitte Name u. Anschrift)

c) Wie oft haben Sie **deshalb** in den letzten 36 Mon. einen Behandler aufgesucht?

2. a) Welche Beschwerden hatten Sie?  
(z.B. Schwindel, Atemnot, Herzschmerzen, geschwollene Beine, Rhythmusstörungen, Herzrasen, Herzstolpern etc.)

b) Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

3. Leiden/Litten Sie zusätzlich an einer Atemwegskrankheit?  
Wenn ja, an welcher?

ja

nein

Wurde Ihr Blutdruck gemessen?

ja

nein

Wenn ja, bitte Werte angeben:

4. a) Von wann bis wann waren Sie in Behandlung oder Kontrolle?

b) Sind Sie es jetzt noch?

ja

nein

c) Waren Sie arbeits- bzw. dienstunfähig?

ja

nein

Wenn ja, in welchem Zeitraum?

5. War eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich?

ja

Datum \_\_\_\_\_

nein

Wo? (Name, Anschrift)

Name: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Blatt -2- Selbstauskunft Herz-/Kreislaufferkrankungen

6. Wurden Sie operiert?  ja Datum \_\_\_\_\_  nein

Welche Operation? \_\_\_\_\_

Mit welchem Erfolg? \_\_\_\_\_

7. a) Erhielten Sie Medikamente?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

b) Nehmen Sie das Medikament noch?  ja  nein  
Wenn ja, in welchen zeitlichen Abständen bzw. in welcher Dosierung? \_\_\_\_\_

c) Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlungen, Bäder, Kuren?  ja  nein  
Wenn ja, Anzahl in den letzten 36 Monaten? \_\_\_\_\_

d) Injektionen  ja  nein  
Wenn ja, Anzahl in den letzten 36 Monaten? \_\_\_\_\_

e) Andere Behandlungen? (z.B. Psychotherapie, Spiegelungen usw.) \_\_\_\_\_

8. Seit wann sind Sie beschwerdefrei? \_\_\_\_\_

Sofern noch Beschwerden bestehen - welcher Art sind diese? \_\_\_\_\_

9. Wurde Ihnen eine Operation empfohlen oder stehen noch Behandlungsmaßnahmen bzw. Kontrollen bevor?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

10. a) Weswegen waren Sie zum letzten Male beim Arzt/Heilpraktiker (Diagnose)? \_\_\_\_\_

b) Wann? \_\_\_\_\_

c) Was wurde festgestellt? (Diagnose?) \_\_\_\_\_

d) Name, Anschrift des Behandlers? \_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit, dass die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet sind. Fehlerhafte oder unvollständige Angaben gefährden den Versicherungsschutz.  
Mit einer Anfrage bei meinen Behandlern erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.