



## Fragebogen Bluthochdruck / Hypertonie

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

1. Wann wurde der Bluthochdruck erstmalig festgestellt (MM.JJJJ)?: \_\_\_\_ . \_\_\_\_

2. Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache für den Bluthochdruck?  
\_\_\_\_\_

3. Welche Blutdruckwerte wurden bei Ihnen zuletzt gemessen?

a) Messungen beim Arzt: systolisch / diastolisch

Wann (MM.JJ) \_\_\_\_\_ Wert: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Wann (MM.JJ) \_\_\_\_\_ Wert: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

b) Eigenmessung: systolisch / diastolisch

Wann (MM.JJ) \_\_\_\_\_ Wert: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Wann (MM.JJ) \_\_\_\_\_ Wert: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. Welche Medikamente wurden/werden eingenommen?

Keine

Name und Dosierung der Medikamente: \_\_\_\_\_

Zeitraum (von MM.JJ bis MM.JJ)? \_\_\_\_\_

5. Angaben zum Gewicht:

a) aktuell (Datum: \_\_\_\_\_):

Gewicht \_\_\_\_\_ kg bei einer Körpergröße von \_\_\_\_\_ cm

b) Verlauf:

zugenommen (wieviel und in welchem Zeitraum?): \_\_\_\_\_

abgenommen (Wieviel und in welchem Zeitraum?): \_\_\_\_\_

konstant seit: \_\_\_\_\_

6. Welche weiteren Maßnahmen ergreifen Sie/haben Sie ergriffen?

Vermeidung von Stress (wodurch?):  
\_\_\_\_\_

Ernährungsumstellung (inwiefern?):  
\_\_\_\_\_

Sport (welchen, wie häufig pro Woche):  
\_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_

Keine

7. Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht (z. B. Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeife, e-Zigarette etc.)?
- nein, noch nie
- nein, nicht mehr seit (MM.JJJJ): \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- ja, (seit wann, Anzahl pro Tag): \_\_\_\_\_

8. Welche Untersuchungen wurden bei Ihnen durchgeführt? Bitte nennen Sie uns den Zeitpunkt der Untersuchung (MM.JJ.) und das Ergebnis:

- Ruhe-EKG: \_\_\_\_\_
- Belastungs-EKG: \_\_\_\_\_
- 24-Stunden-Blutdruckmessung: \_\_\_\_\_
- Ultraschalluntersuchung der Halsschlagadern: \_\_\_\_\_
- Herz-Echokardiografie: \_\_\_\_\_

→ **Bitte reichen Sie uns die Berichte ein!**

9. Wurden bei Ihnen von der Norm abweichende Befunde im Labor, z. B. Cholesterin, Blutzucker, Nierenwerte, etc. oder im Urin, z. B. Eiweiß, etc. festgestellt?

- nein
- ja, wann und welche? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

→ **Bitte reichen Sie uns die Laborwerte ein!**

10. Wann und welchen Arzt / welche Ärzte nehmen / nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch? (Name, vollständige Anschrift und Fachrichtung)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen,  
bitten wir um Übersendung / Einreichung.**

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

Ich bestätige, dass sich mein Gesundheitszustand seit Antragstellung nicht verändert hat. Ärztliche Beratungen oder Behandlungen waren nicht erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des zu Versichernden