



Fragebogen Diabetes mellitus

→ Bitte reichen Sie immer folgende Unterlagen ein:

- Kopie Diabetiker-Pass
- Blutzuckereigenmessungen der letzten 30 Tage in elektronischer Form (mindestens vier Messungen pro Tag)

Name: _____ Geb.-Datum: _____

1. Erstdiagnose: ____ . ____

2. Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2
 Sonstige: _____

3. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten zu Ihrer Behandlung / Therapie mit:

Insulin

Name: _____ Dosis / Tag: _____ I.E.

Name: _____ Dosis / Tag: _____ I.E.

Insulinpumpe seit ____ . ____

Tabletten

Name: _____ Dosis / Tag: _____

Sonstige Maßnahmen

Zum Beispiel Diät, Sport – Bitte machen Sie nähere Angaben:

4. Bitte teilen Sie uns die Art Ihrer Blutzuckermessung mit:

Einzelmessung

Kontinuierliche Messung

5. Körpergröße _____ cm und Gewicht _____ kg am ____ . ____ . ____

Bitte machen Sie nähere Angaben zu Ihrem Gewichtsverlauf der letzten 24 Monate:

6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht?

Zum Beispiel Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeife, e-Zigarette

Nein

Ja

7. Ist bei Ihnen ein diabetischer Schock oder ein diabetisches Koma aufgetreten?

Nein

Ja

Bitte machen Sie nähere Angaben: Was? Wann?

Bitte reichen
Sie uns die
Berichte ein!

8. Sind bei Ihnen Folgeerkrankungen / Komplikationen aufgetreten?

Nein

Ja

Bitte machen Sie nähere Angaben: Welche? Wann? Verlauf?

Bitte reichen
Sie uns die
Berichte ein!

9. Bitte geben Sie die letzten vier HbA1c-Werte an:

1. _____ am ____ . ____ . _____

2. _____ am ____ . ____ . _____

3. _____ am ____ . ____ . _____

4. _____ am ____ . ____ . _____

10. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung / Beschwerden arbeitsunfähig?

Bei Schülern und Studenten geben Sie bitte die krankheitsbedingten Fehltage an:

Nein

Ja, von ____ . ____ . _____ bis ____ . ____ . _____ _____ Tage

von ____ . ____ . _____ bis ____ . ____ . _____ _____ Tage

von ____ . ____ . _____ bis ____ . ____ . _____ _____ Tage

11. Von welchen Ärzten werden / wurden Sie wegen dieser Beschwerden behandelt?

Bitte geben Sie Name, vollständige Anschrift und Fachrichtung an:

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
(bei Minderjährigen zu Versichernden zusätzlich
Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s)