

Zusatzfragen Diabetes mellitus

Name: _____ Geb.-Datum: _____
zum Versicherungsantrag vom: _____

1. Seit wann ist die Erkrankung bekannt? _____

2. a) Welche Behandlungen und Kontrollen werden durchgeführt?

b) Name und Dosis der Tabletten?

c) Insulinmenge (Einheiten und Verteilung auf den Tag)

d) Wie häufig wird durchschnittlich der Blutzucker und Urinzucker gemessen?

3. Angaben zur Einstellungsqualität, jeweils mit Datum:

a) HbA1c (letzte drei Werte): _____ am _____

_____ am _____

_____ am _____

b) Blutzucker (letzte drei Werte): _____ am _____

_____ am _____

_____ am _____

c) Urinzucker: _____ am _____

4. Angaben zu Begleit- und Folgeerkrankungen:

a) Blutdruck (letzte drei Messwerte mit Datum): _____ am _____

_____ am _____

_____ am _____

b) Datum und Befund der letzten augenärztlichen Untersuchung:

c) Datum und Befund der letzten neurologischen Untersuchung:

d) Liegt eine Nervenschädigung (Polyneuropathie) vor?

ja nein

Wenn ja, welcher Art? _____

e) Liegt eine Nierenschädigung vor?

ja nein

Wenn ja, in welchem Ausmaß? _____

f) Besteht eine Durchblutungsstörung der Beine?

ja nein

5. a) Treten oder traten Stoffwechsellstörungen wie Über- oder Unterzuckerung auf?

ja nein

Wenn ja, in welcher Art, wie häufig und wann zuletzt?

b) Besteht eine Sturz-, Schwindel- oder Fallneigung?

ja nein

6. Welche weiteren Medikamente werden eingenommen (Name, Dosis, Zeitraum)?

Bitte fügen Sie möglichst vorliegende ärztliche Berichte oder Krankenhausentlassungsberichte bei!

Arztanfragen werden von uns nicht gehalten.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bescheinige 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.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
bzw. des Erziehungsberechtigten