



Zusatzfragen Gicht

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

1. Wann wurde bei Ihnen die Harnsäureerhöhung bzw. Gichterkrankung erstmals festgestellt?
_____ (Monat/Jahr)

2. Sind bei Ihnen Gichtanfälle aufgetreten?

- Nein
 Ja, 1-2 Anfälle/Jahr bzw. akute Behandlungsdauer bis 1 Tag
 >2 Anfälle/Jahr bzw. akute Behandlungsdauer > 1 Tag

3. Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung bzw. Kontrolle?

- Nein
 Ja, wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)

4. Wie wird Ihre Harnsäureerhöhung bzw. Gichterkrankung behandelt?

- Keine Behandlung
 Diät
 Medikamente – Name des/der Medikamente: _____

5. Welche Untersuchungsergebnisse wurden zuletzt ärztlicherseits festgestellt?

Harnsäurewerte
Wann? _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____

Blutfette
Wann? _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____

Leberwerte
Wann? _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____

Nierenfunktionswerte
Wann? _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____

Blutdruckmessung
Wann? _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____

6. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der Harnsäureerhöhung bzw. Gicht?

- Nein, keine Folgen/Beschwerden seit: _____ (Monat/Jahr)
 Ja, Art der Folgen/Beschwerden: _____

7. Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Herzens (z.B. Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzvergrößerung), der Nieren (z. B. Nierensteine, Nierenentzündungen, Eiweiß im Urin), der Leber, Diabetes, hohem Blutdruck, Erhöhungen der Blutfette, Übergewicht?

Nein

Ja, Diagnose, Therapie, Feststellungszeitpunkt: _____

8. Liegen Gelenkveränderungen vor?

Nein

Ja, an welchen Gelenken, in welchem Ausmaß? _____

9. Waren Sie in den letzten 3 Jahren wegen der Gichterkrankung länger als 3 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

Nein

Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: _____

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