

## Zusatzfragen Herzerkrankungen

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

zum Versicherungsantrag vom: \_\_\_\_\_

1. An welcher Herz- bzw. Gefäßerkrankung leidet die zu versichernde Person bzw. wie lautet die ärztliche Diagnose?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Seit wann ist die Erkrankung bekannt? \_\_\_\_\_

3. a) Wie äußert sich die Erkrankung?  
Bitte nennen Sie Schweregrad der Erkrankung und den zeitlichen Verlauf.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- b) Ist es jemals zu Schwindelanfällen oder (kurzen) Bewusstlosigkeiten gekommen?  
 ja  nein

- c) Inwieweit ist die Leistungsfähigkeit der zu versichernden Person eingeschränkt?

\_\_\_\_\_

- d) Welche Beschwerden bestehen bei körperlicher Belastung?

\_\_\_\_\_

4. a) Welche Behandlungen wurden bzw. werden durchgeführt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- b) Sind weitere Behandlungen oder Operationen, wie z. B. Herzklappenersatz, Bypass-Operation oder Gefäßoperation, absehbar?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Welche Medikamente werden/wurden eingenommen?

- a) Name und Dosis der Medikamente

\_\_\_\_\_

- b) Über welchen Zeitraum?

\_\_\_\_\_

6. Werden Gehhilfen oder andere orthopädische Hilfsmittel benutzt?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

**Bitte fügen Sie möglichst vorliegende ärztliche Berichte oder Krankenhaus-entlassungsberichte 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