

## Zusatzfragen Schlafapnoesyndrom

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

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

1. a) Seit wann leidet die zu versichernde Person an dem Schlafapnoesyndrom?

\_\_\_\_\_

b) Wie wird die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

leicht    mittelschwer    schwer

2. Wie äußert sich die Erkrankung?

a) Bestehen Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen bzw. Einschlafneigung auch tagsüber oder Persönlichkeitsveränderungen?

ja    nein

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

ja    nein

3. a) Welche Behandlungen werden bzw. wurden durchgeführt oder sind geplant?

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

b) Seit wann werden die Behandlungen konsequent durchgeführt?

\_\_\_\_\_

c) Wie ist der bisherige Erfolg der Behandlung?

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

4. An welchen Erkrankungen, insbesondere Herz- und/oder Lungenerkrankungen, leidet die zu versichernde Person zusätzlich?

Falls bekannt, nennen Sie bitte auch den Schweregrad.

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

5. Welche Medikamente werden/wurden eingenommen?

a) Name und Dosis der Medikamente

---

b) Über welchen Zeitraum?

---

**Bitte fügen Sie möglichst vorliegende ärztliche Berichte einschließlich des aktuellsten Berichts der Schlafuntersuchung (Polysomnographie) 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