

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

\_\_\_\_\_  
Postfach 1660  
61406 Oberursel

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

**Versicherungs-Nr.:** \_\_\_\_\_  
Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Fragebogen zu Herz- und Gefäßerkrankungen (1.2)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden des Herzens oder der Kreislauforgane / Gefäße (auch Bluthochdruck [Werte größer 140/90mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödeme, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren?**

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

2. Nur falls Krampfadern / Lymphödeme bestehen oder bestanden: Welche Körperteile oder Organe sind von der Krampfaderbildung / den Lymphödemen betroffen?

Unterschenkel:     nein  
                           ja      Falls ja, seit wann?    |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Oberschenkel:     nein  
                           ja      Falls ja, seit wann?    |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

andere Stelle:     nein  
                           ja      Falls ja, seit wann?    |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Welche anderen Körperstellen?

\_\_\_\_\_

Stand 04.2020

3. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Herzklopfen, Atemnot, Angstgefühle, Herzbelemmungen, Schmerzen im Brustkorb bei Belastung, Schwindel, Bewusstseinsverlust, Schmerzen / Missempfindungen oder Schwellungen an Armen oder Beinen in Ruhe oder bei Belastung, blutdruckabhängige Kopfschmerzen)?  nein  ja

Falls ja, wann erstmals? .. Wann zuletzt? ..

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

---

---

---

4. Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden (z.B. körperliche Anstrengung, Stress, Kälte) bekannt / aufgefallen?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

5. Sind die Beschwerden / Erkrankungen

angeboren?

Folge einer anderen Erkrankung? Welcher?

unfallbedingt?

sonstiger Ursache? Welcher?

6. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (**Bitte alle Behandler der letzten 3 Jahre angeben und die erste Behandlung dort, auch wenn außerhalb dieses Zeitraums. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler.**)  nein  ja

1) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

---

---

---

erstmals aufgesucht am: .. zuletzt aufgesucht am: ..

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

---

---

---

erstmals aufgesucht am: .. zuletzt aufgesucht am: ..

7. Wurde Ihr Blutdruck **in den letzten 3 Jahren** gemessen?  nein  ja

Falls ja, wie hoch war er bei den letzten Messungen?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ Wann gemessen? [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ]  ohne Medikation  mit Medikation

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ Wann gemessen? [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ]  ohne Medikation  mit Medikation

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ Wann gemessen? [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ]  ohne Medikation  mit Medikation

Von wem gemessen (ggf. Name und Anschrift des Arztes)?

---

---

---

8. Wurden **in den letzten 3 Jahren** Elektrokardiogramme (EKG) in Ruhe oder unter Belastung, Langzeitblutdruckmessungen oder andere Funktionstests des Herz-Kreislaufsystems durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann? [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ]

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

9. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen **in den letzten 3 Jahren** behandelt?

keine Behandlung

Blutdruckmittel Medikamentenname: \_\_\_\_\_  
von: [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ] bis: [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ]  
wie oft täglich? \_\_\_\_\_

2. Blutdruckmittel Medikamentenname: \_\_\_\_\_  
von: [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ] bis: [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ]  
wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Mittel gegen Medikamentenname: \_\_\_\_\_  
Herzrasen/ -stolpern von: [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ] bis: [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ]  
wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Mittel zur „Blutverdünnung“ Medikamentenname: \_\_\_\_\_  
von: [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ] bis: [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ]  
wie oft täglich? \_\_\_\_\_

(Fortsetzung Frage 9 auf der nachfolgenden Seite)

(Fortsetzung Frage 9)

- andere Medikamente      Medikamentenname: \_\_\_\_\_  
von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|      bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|  
wie oft täglich? \_\_\_\_\_
- Lymphdrainagen      von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|      bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|  
wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_
- Herzschrittmacher      seit wann? |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|
- Stützstrümpfe      seit wann? |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|
- Verödung der Venen      wann? |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|  
erfolgreich?  ja     nein
- andere Therapien      Welche? \_\_\_\_\_  
von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|      bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|  
wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

10. Hat sich Ihr Körpergewicht **in den letzten 3 Jahren** geändert?  nein     ja

Falls ja, haben Sie zugenommen oder abgenommen?

\_\_\_\_\_

Wie viele kg in welchem Zeitraum?

\_\_\_\_\_

11. Sind **in den letzten 5 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen akut  
behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten (z.B. akute Krankenhaus-  
einweisung, Notarztbehandlung)?  nein     ja

Falls ja, welche Komplikationen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann? |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|

12. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen arbeitsunfähig?  nein     ja

Falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal

von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|      bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|

von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|      bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|

13. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT], Szintigraphie / nuklear-medizinische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchungen [auch Echokardiographie] oder Doppleruntersuchungen) wegen der Beschwerden / Erkrankungen durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

14. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses:

---

---

---

15. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? **Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann?

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

---

---

---

16. Sind aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

In welchen Abständen?

---

---

---

Wann zuletzt?

17. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Schmerzen, Luftnot, Belastungseinschränkungen, Schwellungen der Beine, Durchblutungsstörungen, Geschwüre)?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

18. Haben die Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?  nein  ja

Falls ja, zu welchen?

---

---

---

19. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?  nein  ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit?

---

---

---

20. Sind Sie in Ihrem Beruf körperlich tätig?  nein  ja

Falls ja, bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige Tätigkeit und einen typischen Arbeitstag:

---

---

---

---

---

21. Wie viele Stunden pro Tag stehen Sie durchschnittlich? \_\_\_\_\_

22. Sind vergleichbare Herz-Kreislaufkrankungen bei Verwandten 1. oder 2. Grades aufgetreten? (Bitte nur Art und Anzahl der Erkrankung nennen, nicht die betroffenen Personen.)  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

In welchem Alter jeweils?

---

---

---

23. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?  nein  ja

Falls ja, was?

---

Wie viel pro Tag?

---

Seit wann?

□□□□.□□□□.□□□□□□

Bei Exrauchern: bis wann?

□□□□.□□□□.□□□□□□

24. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

---

---

---

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

---

---

---

---

---

---

