

Fragebogen Übergewicht

Zur Krankenversicherung

VS-Nummer: _____ Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Bitte geben Sie sämtliche Umstände an, auch wenn Sie ihnen nur geringfügige Bedeutung beimessen. Wenn Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Benötigen Sie Unterstützung? Wir sind gerne für Sie da: von Montag bis Freitag, 8:00 Uhr – 18:00 Uhr unter unserer Servicenummer 0621/427-4000.

FRAGEN

ANTWORTEN

1. Bitte geben Sie Größe, Gewicht und Bauchumfang (gemessen an der breitesten Stelle) an.

2. Hat sich Ihr Gewicht in den letzten Jahren verändert?

nein
 ja, von _____ kg auf _____ kg

Wann und über welchen Zeitraum?

Wie erfolgte eine evtl. Gewichtsabnahme?

Diäten Ernährungsumstellung
 Sport Operative Eingriffe
 Sonstiges

Bitte machen Sie hierzu jeweils nähere Angaben:

3. Wurde bei Ihnen erhöhter Blutdruck gemessen oder bestand ein Verdacht auf Bluthochdruck?

nein ja

Wenn ja, reichen Sie bitte zusätzlich den Fragebogen für Bluthochdruck ein.

4. Bitte machen Sie Angaben zu der letzten Laboruntersuchung wie folgt bzw. reichen uns eine Kopie des entsprechenden Laborblattes ein.

Datum und Ergebnis

Gesamtcholesterin	_____
HDL/LDL	_____
Triglyceride	_____
GOT	_____
GPT	_____
Gamma-GT	_____
Blutzucker	_____
HbA1c	_____
Harnsäure	_____

5. Bestehen Beschwerden bzgl. des Herzens und/oder des Kreislaufs ggf. welcher Art sind diese?

nein ja

Wurde ein EKG angefertigt, ggf. mit welchem Ergebnis?

nein ja

Kam es bereits zu einem Herzinfarkt oder Schlaganfall?

nein ja

6. Besteht eine Schilddrüsenerkrankung? nein ja

Wenn ja, reichen Sie bitte zusätzlich den Fragebogen für Schilddrüsenerkrankungen ein.

7. Wurde eine Ultraschalluntersuchung der Leber durchgeführt? nein ja

Mit welchem Ergebnis?

8. Bestehen Krampfadern, Gelenk- oder Wirbelsäulenbeschwerden? nein ja

Wenn ja, reichen Sie bitte zusätzlich die entsprechenden Fragebögen ein.

9. Welche sonstigen Beschwerden bestehen ggf.?

- keine
- Atemnot/Kurzatmigkeit
- Magen-Darmbeschwerden z. B. Verstopfung
- Hautirritationen z. B. wunde Stellen
- schnelle Ermüdung / geringe Belastbarkeit
- seelische Belastung
- Sonstiges: _____

10. Rauchen Sie? nein ja

Wenn ja, wie viel pro Tag?

Bei ehemaligen Rauchern: Wann haben Sie das Rauchen aufgegeben?

11. Wurden Kuren, Heilverfahren, Reha-Maßnahmen durchgeführt oder angeraten? nein ja

Wenn ja, wann, über welchen Zeitraum und mit welchem Ergebnis?

Bitte reichen Sie eine Kopie des Kurberichtes ein.

12. Ist oder war eine stationäre Behandlung angeraten oder notwendig? nein ja

Bitte reichen Sie eine Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes ein.

13. Besteht Beschwerdefreiheit? nein ja, seit _____

Besteht Behandlungsfreiheit? nein ja, seit _____

14. zusätzliche Anmerkungen / weitere Infos / Sonstiges:

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Angaben. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich gegenüber dem Vermittler keine weiteren mündlichen oder schriftlichen Angaben gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person o. des gesetzl. Vertreters

