

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

1. Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung oder Beschwerden des Herzens oder der Kreislauforgane?

☐ nein ☐ ja

Welche Art von Beschwerden erleiden Sie? (z. B. Atemnot, Herzbeklemmungen, Herzklopfen, -rasen, Gefühlsstörungen in Armen/Beinen, Schwellungen der Beine, Schwindel, Ohnmachtsanfälle)

Welche Diagnose stellte der Arzt? (z. B. Herzklappenfehler, Herzmuskelentzündung, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Thrombose)

Diagnose:

2. Ergebnis und Zeitpunkt der letzten Blutdruckmessung?

Werte?

syst.: diast.:

Wann? Körpermaße? cm kg

Wurde ein EKG angefertigt?

☐ nein Wann? Ergebnis?

☐ ja

Sind Sie Raucher?

☐ nein

☐ ja

Anzahl/Art pro Tag? Zigaretten Zigarren Pfeifen

☐ Sonstiges (z.B. e-Zigarette) Welche?

Wurden bei Ihnen erhöhte Blutfette festgestellt?

☐ nein Welche?

ja

3. Wann und wie lange traten Herz- und/oder Kreislaufbeschwerden auf?

von – bis

von – bis

von – bis

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

4. Was ist Ihnen als Ursache bekannt geworden? (z. B. Überarbeitung, Stress, (angeborener) Herzfehler, Schwäche, Bluthochdruck, Infektionen, Rheuma, Nierenerkrankung)

5. Wann erfolgten Behandlungen?

ambulant

von – bis

Name und Fachgebiet des Arztes, Physiotherapeuten, Heilpraktikers

stationär

von – bis

Name des Krankenhauses

Heilstätten, Kur

von – bis

Name der Kurklinik

6. Art der Behandlungen

Medikamente

Welche?

Menge?

Wie oft?

Nehmen Sie noch Medikamente?

☐ nein

Welche?

Menge?

Wie oft?

☐ ja

Operationen

Welche?

Wann?

Sonstige (Spritzen, Koronarangiographie, Ballondilatation, Stent)

Welche?

Wann?

Weitere Untersuchungen?

☐ nein

Welche?

Wann?

☐ ja

7. Sind Folgen oder Beschwerden zurückgeblieben?

☐ nein

Völlige Beschwerdefreiheit besteht seit?

☐ ja

Welche?

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

8. Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an oder wurde dieser ärztlich angeraten?

☐ nein

☐ ja

Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel bereits erfolgt?

☐ nein

☐ ja, aufgrund

9. Beziehen Sie eine Rente wegen Berufs- und/ oder Erwerbsunfähigkeit und/ oder besitzen oder beantragen Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht?

☐ nein

MdE in %?

GdB in %?

☐ ja

Aus welchem Grund?

10. Besteht wegen der o.a. oder einer anderen Erkrankung Arbeits-, Schul- oder Studienunfähigkeit von mehr als zwei Wochen innerhalb der letzten 5 Jahre?

☐ nein

Diagnose?

von – bis

☐ ja