

# Fragebogen: Herz- und Kreislauferkrankungen

**Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:**

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

**1. Allgemeine Angaben (sofern bekannt):**

Größe <span style="float: right;">cm</span>	Gewicht <span style="float: right;">kg</span>	RR <span style="float: right;">mmHg</span>	Pulsfrequenz <span style="float: right;">/min</span>
Cholesterin <span style="float: right;">mg%</span>	Triglycerid <span style="float: right;">mg%</span>	Harnsäure <span style="float: right;">mg%</span>	

**2. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?**

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Arterienverkalkung	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen
<input type="checkbox"/> koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

**3. Wie äußern sich die Beschwerden?**

<input type="checkbox"/> Herzrasen	<input type="checkbox"/> Herzschmerzen	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> Ödeme	<input type="checkbox"/> schnelle Ermüdung	<input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen   wenn ja, wo: _____	
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

**4. Welche Ursachen/Faktoren sind bekannt?**

<input type="checkbox"/> angeboren/familiär bedingt	<input type="checkbox"/> Infektion	<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Untergewicht
<input type="checkbox"/> bedingt durch Stress	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung		
<input type="checkbox"/> Sonstige Ursachen/Faktoren: _____			

**5. Werte der letzten Blutdruckmessungen?**

	Datum	Blutdruck in mm HG   systolisch	Blutdruck in mm HG   diastolisch
1.			
2.			
3.			

**6. Fanden ambulante Behandlungen statt?**

Ja | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Nein

**Welche Behandlungen fanden statt (z.B. Lichttherapie)? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)**

Medikation

Name	Dosierung
Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft



# Fragebogen: Herz- und Kreislauferkrankungen

B

Untersuchungen

welche	Ergebnis
--------	----------

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**7. Fand eine stationäre Behandlung statt?**

Ja                       OP                      | Datum der OP: \_\_\_\_\_                      Art: \_\_\_\_\_

OP angeraten                      | wann: \_\_\_\_\_                      Art: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Nein

**8. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?**

Ja                       Aufenthalt                      | von: \_\_\_\_\_                      bis: \_\_\_\_\_

Aufenthalt angeraten: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Nein

**9. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?**

Ja                      | von: \_\_\_\_\_                      bis: \_\_\_\_\_

Nein

**10. Besteht Behandlungsfreiheit?**

Ja | seit: \_\_\_\_\_                       Nein

**11. Besteht Beschwerdefreiheit?**

Ja | seit: \_\_\_\_\_                       Nein