

## Fragebogen Stoffwechsel

### Angaben zur versicherten Person

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Datum der Antragstellung

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

männlich  
 weiblich

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlussklärung des Antrags.

### Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

### Raucherverhalten (ist nur für den Gothaer Fähigkeitenschutz zu beantworten)

Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht (z. B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)

Wenn ja. Was? \_\_\_\_\_

Wie viel täglich? \_\_\_\_\_

### Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens:

Wenn Sie **lediglich an Bluthochdruck** ohne weitere Gesundheitsstörungen leiden, so füllen Sie bitte **nur den Teil 1** des Fragebogens aus.

Sofern Sie an einer anderen/weiteren Erkrankung des Herz-/Kreislaufsystems leiden, füllen Sie bitte **den Teil 2** aus.

Sollte der Platz für die Beantwortung nicht ausreichen, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen und beizufügen.

**Teil 1  
Krankheiten**

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) | <input type="checkbox"/> Basedow-Syndrom    |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenknoten |
| <input type="checkbox"/> Struma                                   | <input type="checkbox"/> Kropf              |

Seit wann leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung (Monat/Jahr)?

Wurde eine Operation durchgeführt? Wenn ja, wie war das Ergebnis?

- bösartig (dann bitte den Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen)  
 gutartig     keine Operation durchgeführt     nicht bekannt

An welchen Beschwerden leiden Sie?

- Atemnot     Gewichtszunahme     Heiserkeit     keine Beschwerden

andere Beschwerden, und zwar \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- Jod z. B. Jodid, Jodetten  
 Schilddrüsenhormontabletten, z. B. L-Thyroxin, Euthyrox     keine Medikamente

andere Medikamente, und zwar \_\_\_\_\_

**Teil 2  
Krankheiten**

Bestehen oder bestanden bei Ihnen **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung  | <input type="checkbox"/> Unterfunktion der Nebennieren  |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung  | <input type="checkbox"/> Überfunktion der Nebennieren   |
| <input type="checkbox"/> Erhöhung der Harnsäure   | <input type="checkbox"/> Cushing-Syndrom  |
| <input type="checkbox"/> Gicht  | <input type="checkbox"/> M. Addison   |
| <input type="checkbox"/> Typ 2 Diabetes mellitus  | <input type="checkbox"/> Akromegalie  |
| <input type="checkbox"/> Typ 1 Diabetes mellitus  | <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Hirnanhangdrüse (Hypophyse)   |
| <input type="checkbox"/> angeborene Stoffwechselkrankheit<br>(z. B. Leber, Muskel, Niere) | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen von Schilddrüse, Nebennieren usw.<br>(dann bitte den Fragebogen Tumore /Blutkrankheiten ausfüllen) |

andere hier nicht genannte Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Drüsen, und zwar \_\_\_\_\_

**Ergänzende Angaben** zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten.**

**Genaue medizinische Diagnose** \_\_\_\_\_

Datum  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden  
und welcher Art?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Genaue medizinische Diagnose** \_\_\_\_\_

Datum  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden  
und welcher Art?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.**

**Diabetes/  
Zuckerkrankheit**

- Liegt bei Ihnen eine Zuckerkrankheit mit Insulinbehandlung von Beginn an (seit der Kindheit/Jugend) vor (Typ 1 Diabetes)?
- Liegt bei Ihnen eine Zuckerkrankheit mit schleichendem Beginn (in der Regel im Erwachsenenalter) vor (Typ 2 Diabetes)?
- Liegt bei Ihnen eine andere Diabetesform vor? Welche?

\_\_\_\_\_

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) der erstmaligen Diabetesfeststellung

\_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine der folgenden Begleiterkrankungen der Diabetes aufgetreten?

- Augenhintergrundveränderungen
- Bluthochdruck
- Durchblutungsstörungen im Gehirn, im Herz, in den Beinen
- Empfindungsstörungen im Bereich der Beine (Sensibilitätsstörungen)
- Fettstoffwechselstörungen
- Unterzuckerung (Schock)
- Überzuckerung (Koma)
- nicht normaler Urinbefund (Eiweiß im Urin)
- andere Erkrankungen im Zusammenhang mit der Diabetes, welche?

**Genauere medizinische Diagnose oder medizinischer Befund**

\_\_\_\_\_

Datum

Bei wem ärztlich behandelt? Wo? (Name/Anschrift)

\_\_\_\_\_

Führen Sie eine Selbstkontrolle durch?  nein  ja, und zwar (Fotokopien ggf. beifügen)

\_\_\_\_\_

**Harnsäureerhöhung  
oder Gicht**

- Liegt bei Ihnen eine Gicht vor?
- Liegt bei Ihnen nur eine Erhöhung der Harnsäure im Blut vor (Hyperurikämie)?

Wann war das letzte Auftreten eines Gichtanfalls? Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

\_\_\_\_\_

Wie oft treten Gichtanfälle im Lauf eines Jahres auf?

\_\_\_\_\_

Welche Gelenke waren bei Ihnen von Gichtanfällen betroffen?

\_\_\_\_\_

**Blutdruck- und  
Laborwerte**

Welche **Blutdruckwerte** wurden zuletzt bei Ihnen gemessen?

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

\_\_\_\_\_

systolisch      diastolisch

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|      \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

\_\_\_\_\_

systolisch      diastolisch

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|      \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Sind Ihnen Veränderungen der Blut- oder Laborwerte bekannt?  nein  ja, und zwar  
**(Fotokopien ggf. beifügen)**

**Art des Wertes**

**Wert**

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Cholesterin  
(auch HDL/LDL)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Triglyzeride (Neutralfette)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Harnsäure

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Blutzucker, nüchtern

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HbA1c

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Urinbefund/Mikroalbuminurie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Ihnen weitere **Blut- oder Laborwerte** bekannt? (auch Werte für Viren usw.)  nein  ja, und zwar  
(**Fotokopien ggf. beifügen**)

**Art des Wertes** **Wert** Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Untersuchungen/Behandlungen

Wann und wo erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** bzw. sind diese geplant?

- |   |                             |   |
|---|-----------------------------|---|
| 1. Blutuntersuchung                     | 4. Ultraschalluntersuchung  | 7. Kernspin (MRT)                                   |
| 2. elektrokardiographische Untersuchung | 4.1 von Blutgefäßen         | 8. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 2.1 Ruhe-EKG                            | 4.2 des Herzens             | 9. Gewebeentnahme (Biopsie)                         |
| 2.2 Belastungs-EKG                      | 4.3 der Bauchorgane         | 10. Operation                                       |
| 2.3 Langzeit-EKG                        | 5. Röntgenuntersuchungen    |   |
| 3. Langzeitblutdruckmessung             | 6. Computertomographie (CT) |   |

Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)

Ziffer **Befund/Maßnahme**

_____	_____
Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	<b>Bei wem? Wo?</b> (Name und Anschrift)
_____	_____

Ziffer **Befund/Maßnahme**

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) **Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)

_____	_____
-------	-------

Sofern **Untersuchungen/Behandlungen** geplant sind

Ziffer Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) **Unter welchen Umständen** soll die Untersuchung oder Behandlung erfolgen?

_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Medikamente

Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?

**Name des Medikaments** \_\_\_\_\_

**Ständige** Einnahme, seit Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) Dosis **Zeitweilige** Einnahme Zeitraum Dosis

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

**Name des Medikaments** \_\_\_\_\_

**Ständige** Einnahme, seit Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) Dosis **Zeitweilige** Einnahme Zeitraum Dosis

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

### Arbeitsunfähigkeiten

Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**?  nein  ja

**Diagnose** Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

_____	_____
-------	-------

**Notarztbehandlung**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**? nein     ja, Datum \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_**Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren****Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur**? Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.**Diagnose** \_\_\_\_\_Datum  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)**Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)**Diagnose** \_\_\_\_\_Datum  
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)**Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)**Zusatzinformationen**Haben Sie zusätzliche Informationen beigefügt?     nein     ja**Schlusserklärung und Unterschrift**Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**\_\_\_\_\_  
Ort, Datum**X****Unterschrift der versicherten Person** (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)