

## Fragebogen Blutdruck

Versicherungs-Nr.: Zu versichernde Person:	Bitte zurücksenden an: Hannoversche Lebensversicherung AG 30177 Hannover															
<b>BAS 8176</b>																
Uns ist es wichtig, Ihren Antrag möglichst schnell und effizient zu bearbeiten. Durch die Beantwortung des Fragebogens helfen Sie uns dabei, denn so können wir meist auf zeitaufwendige und kostenpflichtige Arztanfragen verzichten.																
<b>1. Wann wurde der Bluthochdruck erstmals festgestellt?</b>	_____ (Monat/Jahr)															
<b>2. Wie wird Ihr Bluthochdruck behandelt?</b>	<input type="checkbox"/> Keine Behandlung <input type="checkbox"/> Medikament(e)      Präparatename(n): _____ _____ Tagesdosis: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen – Welche? _____ <input type="checkbox"/> Seit wann erfolgt eine Behandlung? _____															
<b>3. Nennen Sie uns die letzten 3 Werte.</b>	1. Wert: _____ / _____ am: _____ <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit Medikament 2. Wert: _____ / _____ am: _____ <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit Medikament 3. Wert: _____ / _____ am: _____ <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit Medikament															
<b>4. Sind bei Ihnen Untersuchungen zur Beurteilung des Herzens durchgeführt worden (z.B. Ruhe- oder Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, Echokardiogramm, Röntgen)?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, bitte ergänzen: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">Art der Untersuchung</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">Datum</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">Ergebnis</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Art der Untersuchung</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Datum</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Ergebnis</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Art der Untersuchung</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Datum</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Ergebnis</td> </tr> </table>	Art der Untersuchung	Datum	Ergebnis				Art der Untersuchung	Datum	Ergebnis				Art der Untersuchung	Datum	Ergebnis
Art der Untersuchung	Datum	Ergebnis														
Art der Untersuchung	Datum	Ergebnis														
Art der Untersuchung	Datum	Ergebnis														
<b>5. Sind Sie bei Ihrer Berufsausübung gesundheitlichen Einschränkungen unterworfen?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Bitte nähere Angaben: _____ _____															
<b>6. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer(n) Erkrankung(en) in Behandlung?</b>	Name, Anschrift: <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Sonstige _____ _____															

Die gesetzliche Verpflichtung, alle bekannten gefahrerheblichen Umstände wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, gilt auch für die hier gestellten Fragen. Hinsichtlich der möglichen Konsequenzen einer Verletzung der Anzeigepflichten verweisen wir auf unsere zusammen mit den Versicherungsbedingungen übersandte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage [www.hannoversche.de](http://www.hannoversche.de) unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Ort · Datum	Unterschrift der zu versichernden Person
-------------	--