// HANNOVERSCHE

Fragebogen Blutdruck

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Vorname Nachname

Geburtsdatum

1. Wann wurde der Bluthochdruck erstmals festgestellt?

(Monat/Jahr)

2. Wie wird Ihr Bluthochdruck behandelt?

☐ keine Behandlung

☐ Medikamente

Seit wann erfolgt eine Behandlung?

Präparatenname(n)

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Tagesdosis(n)

☐ sonstige Maßnahmen

Welche?

3. Nennen Sie uns die letzten 3 Werte.

1. Wert — Datum (Tag/Monat/Jahr) — ☐ ohne ☐ mit Medikament

2. Wert — Datum (Tag/Monat/Jahr) — ☐ ohne ☐ mit Medikament

3. Wert — Datum (Tag/Monat/Jahr) — ☐ ohne ☐ mit Medikament

4. Sind bei Ihnen Untersuchungen zur Beurteilung des Herzens durchgeführt worden (z. B. Ruhe- oder Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, Echokardiogramm, Röntgen)?

☐ **Nein**

☐ **Ja,** machen Sie bitte nähere Angaben.

Art der Untersuchung	Datum (Tag/Monat/Jahr)	Ergebnis

5. Sind Sie bei Ihrer Berufsausübung gesundheitlichen Einschränkungen unterworfen?

☐ **Nein**

☐ **Ja,** machen Sie bitte nähere Angaben.

Bitte beantworten Sie auch die Frage(n) auf der/den folgenden Seite(n).

Bitte auch Ort, Datum und Unterschrift nicht vergessen.

V112 B · 09.2022 · DVL 424

6. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer/Ihren Erkrankung(en) in Behandlung?

☐ Hausarzt ☐ Internist ☐ Sonstige

Name, Anschrift

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.
Alle Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.hannoversche.de/datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Bitte Rückversand an: Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover