

Fragebogen Diabetes

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Vorname Nachname

Geburtsdatum

1. Welcher Diabetes-Typ liegt vor?

Typ 1

Typ 2

2. Wann wurde die Erkrankung bei Ihnen erstmals festgestellt?

3. Wie wird der Diabetes behandelt?

keine Behandlung

Tabletten (Präparat, Dosis?):

Diät

Insulin (Präparat, Einheiten?):

Insulinpumpe

Sonstiges:

4. Welche sonstigen Erkrankungen wurden bei Ihnen festgestellt?

Eiweiß im Urin

Zucker im Urin

Keton/Aceton im Urin

Nierenerkrankung

Durchblutungsstörungen/Geschwür der Füße oder Beine

Herzerkrankung

Veränderungen am Augenhintergrund

Fettstoffwechselstörung

Nervenschädigungen der Füße/Beine

Bluthochdruck – bitte die zwei zuletzt gemessenen Werte mit Datum angeben:

 / am / am

Blutdruckwerte sind unter Blutdruckmedikament ohne Blutdruckmedikament gemessen

5. Ist bei Ihnen jemals ein Koma oder Schockzustand aufgetreten?

Nein

Ja

Falls ja, wie oft und wann?

6. Bitte teilen Sie uns die Ergebnisse der letzten Blutwerte mit – sofern bekannt – oder senden Sie uns Kopien der Ihnen vorliegenden Laborausdrucke zur Einsicht:

Nüchternblutzucker (NBZ, BZ, GLU):

 am am

HbA1c:

 am am

Cholesterin:

 am am

Triglyceride (Neutralfette, TRI):

 am am

Kreatinin (KREA, CREA):

 am am

Sonstige Werte:

 am am am am am am

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

Bitte auch Ort, Datum und Unterschrift nicht vergessen.



7. Zusätzliche Angaben

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 unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

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