

Fragebogen Diabetes mellitus

(von der zu versichernden Person auszufüllen)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

1. Wann wurde der Diabetes bei Ihnen erstmals festgestellt?

Um welchen Diabetes-Typ handelt es sich?

 Typ 1

 Typ 2

2. Wie groß und wie schwer sind Sie?

Größe in
cm

Gewicht
in kg

3. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten, E-Zigaretten oder andere Tabakprodukte (z. B. Zigarillos, Zigarre, Pfeife, Wasserpfeife, Kau- oder Schnupftabak) konsumiert?

 Ja

 Nein

Wenn ja, was und wie viel durchschnittlich pro Tag?

4. Mit welchen Medikamenten werden Sie derzeit behandelt?

Bitte geben Sie nicht nur die Diabetesmedikation sondern auch alle weiteren verordneten Medikamente an.

Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein Extrablatt bei.

5. Hat sich die Behandlung des Diabetes in den letzten 12 Monaten geändert?

 Ja

 Nein

Wenn ja, was hat sich geändert?

6. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus behandelt oder wurde eine Rehabilitationsmaßnahme bzw. Kur durchgeführt?

Wenn ja, nennen Sie bitte den Hauptgrund der Behandlung, den Zeitraum und den Namen der Klinik und fügen Sie möglichst den Entlassungsbericht bei.

 Ja

 Nein

7. Führen Sie regelmäßig einen Diabetespass / Diabetesausweis?

 Ja

 Nein

Wenn ja, kopieren sie bitte die Seiten der letzten fünf Jahre. Die Fragen 8 und 9 brauchen dann nicht beantwortet werden.

Wenn nein, beantworten Sie bitte alle weiteren Fragen.

8. Machen Sie bitte Angaben zur Stoffwechseleinstellung.
Bitte geben Sie möglichst jeweils Ihre drei aktuellsten Werte an.

Datum			
Nüchtern Blutzucker			
HbA1c			
Urinzucker			
Eiweiß im Urin			
Blutdruck			
Cholesterinwert			

9. Bestehen Folgeerkrankungen oder Komplikationen der Diabeteserkrankung?
Machen Sie bitte Angaben zu Beschwerden und Ergebnissen von Kontrolluntersuchungen

	Nein	Ja	Nähere Beschreibung bzw. Befund
Über- oder Unterzuckerungen, diabetisches Koma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchblutungsstörungen der Füße oder Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenschädigung oder Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervenstörungen z. B. Taubheitsgefühl, Missempfindungen oder Schmerzen an Beinen oder Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Finden regelmäßige augenärztliche Untersuchungen statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sollte der Platz zum Beantworten der Fragen nicht ausreichen, fügen Sie bitte Extrablätter bei.

- 10 Wer ist der hauptsächlich behandelnde Arzt der Diabeteserkrankung?
Nennen Sie Namen und Anschrift des Arztes.
Sollten Ihnen Arzt- oder Befundberichte vorliegen, fügen Sie diese bitte bei.

Anzahl der beigelegten Extrablätter _____

Alle mir gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet und nichts verschwiegen. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Ich bestätige, dass sich die Gesundheitsverhältnisse seit der Stellung meines Versicherungsantrages nicht verändert haben. Die Angaben in diesem Fragebogen sind Bestandteil meines Versicherungsantrages.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer)	Ggf. Unterschrift(en) gesetzlicher Vertreter
------------	---------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------