

Fragebogen: Diabetes

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung?

Diabetes mellitus Typ 1	Diabetes mellitus Typ 2	Gestörte Glukosetoleranz
Andere Form des Diabetes :		

2. Wann wurde die Erkrankung erstmals festgestellt?

3. Wie lauten die Ergebnisse der zuletzt gemessenen Werte? Datum

HbA1c <input type="text"/>	Größe <input type="text"/>	Gewicht <input type="text"/>
HbA1c <input type="text"/>	Blutfettwerte: Cholesterin <input type="text"/>	HDL <input type="text"/>
Blutdruck <input type="text"/> / <input type="text"/>	Leberwerte: GGT <input type="text"/>	GPT <input type="text"/>
Urinuntersuchung: <input type="text"/>	GOT <input type="text"/>	
ohne krankhaften Befund		krankhafter Befund (Bitte Befund beifügen)

4. Wie werden oder wurden Sie behandelt?

Keine Behandlung	Diät	Insulin	Medikament:
Andere Therapien/Behandlungen:			von: <input type="text"/>
			bis: <input type="text"/>
In welcher Dosierung?	täglich (<input type="text"/> mal am Tag)	wöchentlich(<input type="text"/> mal in der Woche)	

5. Bestehen oder bestanden folgende Komplikationen?

Durchblutungsstörungen	Gefühlsstörungen	Nierenerkrankungen	Nein
Eiweiß im Urin	Herzkrankungen	Netzhautschädigungen	
Hautausschläge	Nervenschädigungen	Diabetischer Schock	
Diabetisches Koma	Kribbeln der Hände		
In welchem Zeitraum?			

6. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Behandlungszeitraum von: <input type="text"/>	Behandlungszeitraum von: <input type="text"/>
bis: <input type="text"/>	bis: <input type="text"/>

7. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja wann: <input type="text"/>	Wie lange?	Nein
Name der Einrichtung:		
Anschrift:		
<small>(Bitte Befund beifügen)</small>		

8. Wurde bei einem Verwandten 1. Grades Diabetes festgestellt?

Diabetes mellitus Typ 1	Diabetes mellitus Typ 2 vor dem 60. Lebensjahr	Nein
-------------------------	--	------



Fragebogen: Diabetes

B

9. Konsumieren oder konsumierten Sie Tabak unter Feuer (z.B. Zigaretten, Zigarillos, Pfeifen) oder Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer (z. B. E-Zigarette, E-Zigarre, E-Pfeife)?

Ja | seit wann?

Bei Ex-Rauchern | bis wann?

Nein

Was?

Wie viel pro Tag?

10. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul oder studierunfähig gewesen?

Ja | von: bis:

Ja | von: bis:

Nein

11. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

12. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person