

Zusatzklärung: Diabetes mellitus

Zu versichernde Person

Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum TT.MM.JJJJ

1. Wie lautet die genaue Diagnose?

☐ Typ 1 ☐ Typ 2

Wann wurde die Diagnose gestellt: _____

2. Wird Ihr Diabetes derzeit behandelt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Diabetesdiät

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Tabletten Welche? _____

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Insulin Wieviel Einheiten täglich? _____

3. Haben Sie Diabetes Folgeschäden?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Wenn ja: an welchen Folgeschäden leiden Sie?

☐ Arme/Beine ☐ diabetischer Fuß ☐ Augen ☐ Nieren

4. Wie hoch war Ihr letzter HbA1c-Wert?

☐ < 6,5% ☐ 6,5% – 7,5% ☐ 7,5% – 8,5% ☐ 8,5% – 9,5% ☐ > 9,5%

5. Messen Sie Ihren Blutzucker selbst?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

6. Haben Sie jemals an einer Diabetikerschulung teilgenommen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

7. Nehmen Sie an einem Disease-Management-Programm teil (DMP)?

Wenn ja, seit wann und welcher Arzt betreut das Programm?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Datum: _____ Arzt: _____

Wichtiger Hinweis:

Falsche oder unvollständige Angaben zu den o. g. Fragen können uns berechtigen, je nach Verschulden, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers, möglicherweise auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen.

Ort und Datum

Unterschrift der zu versichernden Person