

Zusatzerklärung: Diabetes mellitus

Zu versichernde Person

Nachname

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Falsche oder unvollständige Angaben zu den folgenden 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.

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wieviel Einheiten? _____
				Wann spritzen Sie? _____

3. Haben Sie Diabetes Folgeschäden?

Ja Nein nicht bekannt

Wenn ja: an welchen Folgeschäden leiden Sie?

Gefäßschäden Arme und Beine, diabetischer Fuß Augenschäden Nierenschäden

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)?

Ja Nein nicht bekannt

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

Ort und Datum

Unterschrift der zu versichernden Person