

## Zusatzerklärung: 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