**Vorname Nachname, geb. ………………………., Größe: ………… m, Gewicht: ………… kg** *(bitte eintragen / überschreiben)*

**Praxistipp**: Ihre Chance auf eine positive Entscheidung steigt, wenn Sie es Risikoprüfern möglichst einfach machen, Ihre Gesundheit mit wenig Aufwand (!) nachzuvollziehen. Er­klären Sie Ihre Gesundheitshistorie korrekt, ohne zu dramatisieren, etwa so wie Sie Ihrer Mutter berichten, ohne sie unnötig zu beunruhigen. Wichtig sind vollständige Angaben nach unserer **11-W-Formel**: **W**as **W**ar **W**ann, **W**eshalb, von **W**em **W**ie behandelt, **W**elches Ergebnis, **W**ann **W**ar’s **W**ieder **W**eg. Siehe [Gesundheitsfragen von Versicherungen](https://schlemann.com/gesundheitsfragen-versicherungen/).

**Hinweise zum Ausfüllen**: Bitte gestellte Fragen unter Angabe der Frageziffern des jeweiligen (Antrags-)Formulars in Spalte 1 unter Beachtung der Fragezeiträume möglichst genau beantworten (mit allen Arztbesuchen, ggf. zusammenfassend bei wiederkehrenden Erkrankungen, und Krankschreibungen). Ungefähre Datumsangaben mit „ca.“ sind i.d.R. ausreichend. **Bitte beifügen**: vorhandene ärztliche Befunde, Arztberichte, [Atteste](https://schlemann.com/attest) (neue nur nach Abstimmung mit uns!), MRTs, etc. insbes. bei unklaren (Abrechnungs-)Diagnosen.

| **Zu Frage Nr.** | **Art und Ursache der Krankheit** (genaue Diagnose)**, Beschwerden, Untersuchungen** | **Therapie, Folgen, Ergebnis** (ideal: „folgenlos verheilt“) | **Auftreten, Behandlung** (wann, wie lange?) | **Arbeitsunfähig** (Zeitraum / 0) | **Behandlungs- und be­schwer­­defrei seit** (Datum) | **Behandelnder Arzt** (Name, Fachrichtung, Anschrift) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***!!!*** | ***Diese Beispiele dienen nur als*** | ***Denkanstoß / Anregung,*** | ***bitte*** | ***natürlich*** | ***individualisieren*** | ***und Rest löschen!! 😊*** |
| ⚠️ | Bitte geben Sie **ALLE Besuche** bei / **Gespräche** mit **Psychiatern, Psychologen oder Psychotherapeuten** (auch seitens Uni) oder wegen **psychischer Fragen** bei / mit **Ärzten** an, inkl. Gesprächen zu Coaching, Berufsorientierung, Studienproblemen, Stress mit Examen oder Beruf, Umgang mit Lebenskrisen, Beziehungsproblemen, Ablösung vom Elternhaus, Essstörungen, Mobbing, etc. Dazu werden immer [Krankenakte/Patientenquittung](https://schlemann.com/gesundheitsfragen-versicherungen/#Gesundheitsfragen_Krankenakte_Patientenquittung_anfordern) bzw. ein möglichst aktueller Befundbericht benötigt. | | | | | |
|  | Muskuläre Verspannung Lendenwirbelsäule nach falscher Bewegung bei Anheben Umzugskiste (erstmalig/einmalig), - ohne bildgebende Diagnostik - Röntgen ohne weitere path. Befunde | „Einrenken“, einmalig Spritze (Diclofenac), 1 Woche Diclophlogont Tabl. 1x tägl., 6 x KG, folgenlos verheilt | ca. 4/23, ca. 5 Tage | 0 | ca. 4/23 | Orthopäde Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |
|  | Turnusmäßige frauenärztliche Vorsorgeuntersuchung | Kein pathologischer Befund, keine auffälligen PAP Befunde. | ca. 1x jährlich, zuletzt ca. 9/23 | 0 | Keine Beschwerden | Frauenärztin Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |
|  | Grippaler Infekt, Husten, Schnupfen, Heiserkeit | Jeweils ca. 1 Woche Antibiotika, folgenlos verh. | ca. 1x p.a., zuletzt 12/23 | ca. 5 Tage | ca. 12/23 | Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |
|  | Magen-Darm Infekt, Erbrechen, Durchfall | 2 Tage Loperamid, folgenlos verheilt | ca. 1x alle 2 J., zuletzt ca. 10/23 | 2 Tage | ca. 10/23 | Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |
|  | Heuschnupfen / Pollenallergie (Gräser, Weizen, Beifuß) ohne Atemwegsbeteiligung / Asthma | Saisonal bei Beschwerden Cetirizin. Keine Hyposensibilisierung empfohlen oder beabsichtigt | Seit ca. 2015, jährlich ca. April / Mai | 0 | ca. 5/23 | Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |
|  | Vorsorgeuntersuchung Hautarzt mit Kontrolle Muttermale | Ohne path. Befund, einmalig vorsorgliche Entfernung Muttermal 10/23 – Histologie gutartig | Ca. 1x alle 2 J., zuletzt 10/23 | 0 | Keine Beschwerden | Hautarzt Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |
|  | Trockene Haut an Ellbogen und Kniekehlen | Nicht cortisonhaltige Salbe bei Bedarf | Seit ca. 2023 (Arztbesuch), ca. 5 x jährlich | 0 | Tritt gelegentlich auf | Hautarzt Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |
|  | Vorsorge Augenarzt wg. Brille (-1,5 Dioptrien re. und li.) | Ohne path. Befund | Ca. 1x alle 2 J., zuletzt 10/23 | 0 | Keine Beschwerden | Augenarzt Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |
|  | Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose), Hashimoto-Thyreoiditis, keine Knoten, Zysten oder Vergrößerung | L-Thyroxin 50 | Seit 2012, Kontrolle alle 2-3 Jahre | 0 | Keine Beschwerden | Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |
|  | Vorübergehende leichte depressive Episode durch … *(Anmerkung: möglichst konkrete, einmalige Ursache, z.B. Examensstress, Trennung vom Lebenspartner, Tod naher Verwandter, …)* | 5 probatorische + 20 therapeutische Sitzungen Psychotherapeut, keine Medikamente, folgenlos verheilt  *(Anmerkung: > 25 Sitzungen oder Medikamenteneinnahme problematisch)* | 1/20 bis 4/20, ca. 1x pro Woche | 0 | 4/2020 *(Anmerkung: < 4 Jahre = problematisch)* | Psychotherapeut Mustermann, Musterstr., Musterstadt |
|  | Beratung + Behandlung wg. unerfülltem Kinderwunsch, Ursache liegt beim Partner, Familienplanung abgeschlossen. | ICSI (erfolgreich) mit anschließender SS und Geburt | 8/23 | 3 (Geburt) | Keine Beschwerden | Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |
|  | Leichte Hypertonie (Bluthochdruck) | Mit Einnahme eine (besser ½) Tablette Medikament X tägl. gut eingestellt, keine weiteren Beschwerden, BMI < 28 |  |  |  | *Anmerkung PKV: ca. 10 % RZ, bei BMI ab 28 mind. 15 % RZ.* |
|  | Meniskusriss nach Trauma (oder sonstig festgestellt) | Meniskusteilresektion/Meniskusglättung, folgenlos verheilt |  |  |  | *Anmerkung PKV: In den ersten 12 Monaten 5 % RZ, ggf. Verzicht wegen Geringfügigkeit, nach 12 Monaten Normalannahme* |
|  | Leichtes allergisches Asthma nur im Frühjahr oder in der Pollensaison | Asthmaspray (z. B. Salbutamol) wird notfallmäßig verordnet und ca. 3-5 x pro Jahr verwendet | Frühjahr oder Pollensaison |  |  | *Anmerkung: PKV: Ca. 15 % RZ. Wenn ausgeprägter ggf. Ablehnung* |
|  | Verschreibung einer Knirschschiene wegen nächtlichen Knirschens | Bei nächtlichem Tragen kein Knirschen mehr. Zahnabrieb altersentsprechend. | 6/2023 |  |  | Zahnarzt Dr. Zahnfee |
|  | Zu niedrige Eisenwerte wg. veganer Ernährung bzw. nach stärkerer Periode. | Nach Einnahme von Eisentabletten Werte seit XXX wieder im Normbereich.  *(Laborwerte beifügen)* | 7/2022 | 0 | 10/2022 | Frauenärztin Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***!!!*** | ***Diese Beispiele dienen nur als*** | ***Denkanstoß / Anregung,*** | ***bitte*** | ***natürlich*** | ***individualisieren*** | ***und Rest löschen!! 😊*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Ergänzende Informationen**:

|  |
| --- |
| Keine  *[z.B. Ich bin / lebe besonders gesund, weil …, ggf. kurze Zeilen zu gesunden Hobbies und Sportarten wie Yoga, Joggen, Schwimmen, Ernährung, …].*  *Optional, ggf. relevant als „Ausgleich“ zu einer ansonsten ungünstigen Gesundheitshistorie. Sonst bitte löschen!* |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben, die auf den mir bekannten, von Ärzten und anderen Heilbehandlern mitgeteilten Befunden basieren (KV- und Arzt-Akten wurden nicht eigens eingesehen) und sich (ebenso in weiteren Gesundheitserklärungen, auch vor Ärzten) auf die Fragezeiträume lt. Antrag beziehen.

**Unterschriftshinweis**: (Erst) Bei Antragstellung ist eine **Unterschrift mit aktuellem Datum** (max. 2 Wochen) erforderlich. Mailen Sie uns dann entweder **a)** den **Scan** eines mit aktuellem Datum physisch **unterschriebenen Ausdrucks** oder **b)** die bis hier vollständig ausgefüllte **Tabelle** als Word bzw. PDF Datei (gespeichert, nicht „gedruckt“), die wir Ihnen zur **digitalen Signatur** zurücksenden. Bitte dazu das nachfolgende, zur digitalen Unterschrift vorbereitete Unterschriftsfeld nicht verändern.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ##SIG{x:'0mm',y:'-8mm',w:'35mm',h:'8mm',type:'text',required:true} |  | ##SIG{x:'0mm',y:'-10mm',w:'70mm',h:'10mm',required:true} |
|  | Datum |  | Unterschrift |