

GESUNDHEITSFragen VORAB-CHECK

Nachname:

Geburtsdatum:

Vorname:

Beruf:

Geschlecht: männlich / weiblich

angestellt selbständig Beamte/r
 nicht erwerbstätig in Ausbildung

Erläuterung zu diesem Fragebogen

Der Gesundheitszustand, berufliche Risiken und risikoreiche Hobbys sind Kriterien, die ein Versicherer bei Antragstellung prüft, um über die Möglichkeiten eines Versicherungsschutzes zu entscheiden. Versicherer reagieren hierbei z.B. häufig unterschiedlich auf bestimmte Vorerkrankungen.

So kann es sein, dass Sie bei einem Versicherer keinen Versicherungsschutz erhalten, aber bei einem anderen Versicherer ohne Einschränkung versichert werden. Gerne prüfen wir vorab für Sie, ob und welche Anbieter Ihnen einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten. Dafür benötigen wir jedoch von Ihnen Informationen, welche in diesem Fragebogen erfragt werden.

Darüber hinaus empfehlen wir Ihnen, bei Ihren Ärzten und Heilbehandlern Informationen über Ihre Patientenakte einzuholen. Hierauf haben Sie einen Rechtsanspruch.

Allgemeine Fragen		Ja	Nein
Wie groß und wie schwer sind Sie?		cm	kg
1.1	Sind längere Auslandsaufenthalte geplant? (wenn ja: wie lange, wo?) -> Bitte geben Sie das Reiseziel und die geplante Dauer an, ggf. auch den Zweck des Auslandsaufenthaltes (z.B. beruflich, Urlaubsreise)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2	Üben Sie Hobbys mit erhöhtem Risiko aus? -> Geben Sie alle Hobbys an, die mit einem erhöhten Risiko verbunden sind oder sein können (z.B. Fallschirmspringen, Tauchen, Kampfsport, Klettern...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3	Bestanden in den letzten 3 Jahren Arbeitsunfähigkeiten von mehr als 10 Kalendertagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.4	Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) oder eine Hepatitis festgestellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.5	Wurden in den letzten 10 Jahren psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen angedacht, vorgenommen oder haben Suchterkrankungen vorgelegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambulant		Ja	Nein
2.1	Wurden Sie in den letzten 5 Jahren ambulant (ambulante Operationen 10 Jahre) untersucht, beraten oder behandelt? > Bitte geben Sie auch Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen wg. vermeintlicher Bagatellen an (z.B. Entfernung Muttermal, Behandlung grippaler Infekt usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2	Sind Folgen von Krankheiten, Verletzungen verblieben oder bestehen Behinderungen, Missbildungen, Anomalien, eingeschränkte Fertilität oder Sterilität? -> Sofern eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt, geben Sie bitte den Grad an und fügen Sie den Bescheid möglichst bei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3	Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Allergien? > Bitte geben Sie auch an, ob bereits Maßnahmen ergriffen wurden (z.B. Desensibilisierung), ob Sie in ärztlicher Behandlung sind/waren und welche Medikamente/Dosierung verwendet werden/wurden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente, Drogen oder Betäubungsmittel? > Bitte hier auch medikamentöse Verhütungsmittel („Pille“) angeben!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.5	Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation – stationär oder ambulant – bei Ärzten, Heilpraktikern, notwendig, angedacht oder beabsichtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.6	Besteht Fehlsichtigkeit (bitte rechts Angabe der Dioptrienwerte) oder Schwerhörigkeit?	<input type="radio"/> ___/___	<input type="radio"/>
2.7	Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche?	<input type="radio"/>	___Woche

Stationär		Ja	Nein
3.1	Haben in den letzten 10 Jahren zur Beobachtung, Untersuchung oder stationären Behandlung Krankenhausaufenthalte stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2	Haben in den letzten 10 Jahren Kur- oder Sanatoriumsaufenthalte stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahn		Ja	Nein
4.1	Werden derzeit Zahnbehandlungen oder kieferorthopädische Maßnahmen, Behandlungen wegen Parodontose/Parodontitis oder Zahnersatz durchgeführt, oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2	Besteht eine Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose, Parodontitis) oder eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3	Besteht Zahnersatz (ersetzte oder überkronte Zähne)? Anzahl und seit wann:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4	Anzahl der nicht ersetzten fehlenden Zähne (ohne Weisheitszähne)?	_____	Zähne
Angaben zum Verdienstaussfall		Ja/Wert	Nein
Wie hoch ist Ihr derzeitiges monatliches Nettoeinkommen?			€
Sofern Sie selbständig sind: Wie viele Mitarbeiter beschäftigen Sie?			Mitarbeiter
Wie lange ist Ihre Lohnfortzahlung?			Wochen
Sofern Sie selbständig sind: Seit wann sind Sie selbständig?			Jahr
Besitzen Sie eine Berufsunfähigkeitsversicherung?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-> Wenn ja, wie hoch ist die versicherte monatliche BU-Rente?			€
-> Bei welchem Versicherer besteht die BU-Versicherung?			

Nähere Angaben zu den obigen Fragen bitte hier eintragen:

Nr	Art der Erkrankung, Beschreibung	Zeitraum	ausgeheilt?	Name Behandler/Krankenhaus

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass Daten aus diesem Fragebogen, insbesondere Gesundheitsdaten, beim Vermittler gespeichert und im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an Versicherer, Maklerpools und Assekuradeure übermittelt werden dürfen.
 Die Einwilligung zur Datenübermittlung erstreckt sich auch auf die Übermittlung von Daten an Rückversicherer.

 Ort, Datum

 Unterschrift