**Last name ………………….…………………., first name ………………….…………………., birthdate ……………….…………., height: …..….…., weight: ………………**

**Advice for completing this form**: Please a) answer the questions quoting the number of the respective question as detailed as possible; the question periods in the insurance form or request apply; approximate dates (“ca.”) are often sufficient b) for medical details please use the [additional medical questionnaires](http://schlemann.com/downloads/medizinische-zusatzerklaerungen/) as appropriate c) mention and add additional medical or examination findings, reports or [certificates](https://schlemann.com/attest), in particular for unclear (billing) diagnoses, etc. d) mention the number of attachments in the last column.

| **Question #** | **Type and cause of disease** (exact diagnosis)**, complaints, examinations** | **Therapy, consequences, result** (ideally: „healed w/o consequences“) | **Occurrence, treatment** (when, for how long?) | **Off sick**(period/0) | **Healthy w/o complaints or treatment since** (date) | **Treating doctor** (name, specialisation, address) | **Att.**(number) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **!!!** | **These examples shall only** | **stimulate your** | **considerations.** | **Please**  | **individualize** | **and delete rest!! 😊** |  |
|  | 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. 4/18, ca. 5 Tage | 0 | ca. 4/18 | Orthopäde Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt | 1(Röntgenbefund) |
|  | Regelmäßige frauenärztliche Vorsorgeuntersuchung | Kein pathologischer Befund | ca. 1x jährlich, zuletzt ca. 9/18 | 0 | Keine Beschwerden | Frauenärztin Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |  |
|  | Grippaler Infekt, Husten, Schnupfen, Heiserkeit | Jeweils ca. 1 Woche Antibiotika, folgenl. verh. | ca. 1x p.a., zuletzt 12/17 | ca. 5 Tage | ca. 12/17 | Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |  |
|  | Magen-Darm Infekt, Erbrechen, Durchfall | 2 Tage Loperamid, folgenlos verheilt | ca. 1x alle 2 J., zuletzt ca. 10/17 | 2 Tage | ca. 10/17 | Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |  |
|  | Heuschnupfen / Pollenallergie (Gräser, Weizen, Beifuß) ohne Atemwegsbeteiligung / Asthma | Saisonal bei Beschwerden Cetirizin. Keine Hyposensibilisierung empfohlen oder beabsichtigt | Seit ca. 2010, jährlich ca. April / Mai | 0 | ca. 5/18 | Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |  |
|  | Vorsorgeuntersuchung Hautarzt mit Kontrolle Muttermale | Ohne path. Befund, einmalig vorsorgliche Entfernung Muttermal 10/17 – Histologie gutartig | Ca. 1x alle 2 J., zuletzt 10/17 | 0 | Keine Beschwerden | Hautarzt Dr. Mustermann, Musterstr., Musterstadt |  |
|  | Trockene Haut an Ellbogen und Kniekehlen | Nicht cortisonhaltige Salbe bei Bedarf | Seit ca. 2017 (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 10/17 | 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 | 1/14 bis 9/14, ca. 1x pro Woche | 0 | 9/2014 *(Anmerkung: < 4 Jahre = problematisch)* | Psychotherapeut Mustermann, Musterstr., Musterstadt | 1 (Abschlussbericht PT) |
|  | Beratung + Behandlung wg. unerfülltem Kinderwunsch, Ursache liegt beim Partner, Familienplanung abgeschlossen. | ICSI (erfolgreich) mit anschließender SS und Geburt | 8/17 | 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* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **!!!** | **Diese Beispiele dienen nur als** | **Denkanstoß / Anregung,**  | **bitte** | **natürlich** | **individualisieren** | **und Rest löschen!! 😊** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

I herewith confirm the correctness of the information above, which is based on my knowledge of medical findings as advised by treating doctors (medical records have not been examined). The information above as well as further health declarations, including those before doctors, refer to the question periods in the insurance request.

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (current date, not dating back more than two weeks at the time of filing the insurance request)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature