

Fragebogen von Mandant: _____ Datum: _____

**Gesundheitsangaben für eine private Krankenversicherung
oder Berufsunfähigkeitsabsicherung**

Ambulante Behandlungen

Bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren** Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden, oder wurden bei Ärzten oder anderen Behandlern Untersuchungen, Kontrollen, Beratungen oder Behandlungen durchgeführt in den Bereichen:

- a) Herz, Kreislauf, Gefäße (z.B. erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörung, Durchblutungsstörung, Venenerkrankung, Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, Schlaganfall, Ohnmacht) Nein Ja
- b) Atemwege (z.B. Asthma, Bronchitis, Lungenerkrankungen, Emphysem, Schlafapnoe, Atemwegsprobleme, Kehlkopferkrankungen, Nasennebenhöhlen-/Stirnhöhlenentzündung, Nasenscheidewandverbiegung) Nein Ja
- c) Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber (z.B. Magengeschwür, Sodbrennen, Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Darmblutung, Darmentzündung, Steinleiden, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Fettleber) Nein Ja
- d) Nieren, Blase, Prostata, Unterleibsorgane, Brust (z.B. Nierenentzündungen, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten, Myom(e), Erkrankungen der Gebärmutter oder der Eierstöcke, Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane, Mastopathie) Nein Ja
- e) Sterilität oder Fruchtbarkeitsstörung (z.B. eingeschränkte Fruchtbarkeit, Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung, Hormonspiegel, Spermogramm) Nein Ja
- f) Stoffwechsel (z.B. Diabetes, erhöhte Blutfette oder Harnsäure, Gicht, Schilddrüse, Struma) Nein Ja
- g) Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörung(en), Thromboseneigung, gutartige Geschwülste) Nein Ja
- h) entzündliche Gelenk- oder Bindegewebserkrankungen (z.B. Arthritis, Morbus Bechterew, Rheuma) Nein Ja
- i) akute oder chronische Infektionen (z.B. Borreliose, Hepatitis, Malaria, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Virusinfektionen, Kondylome) Nein Ja
- j) Psyche (z.B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, ADS, Essstörung, Überlastungszustand, Spielsucht, Schmerzsyndrom, Schlafstörungen, Burn Out Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch) Nein Ja
- k) Gehirn, Rückenmark, Nervensystem (z.B. Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Schwindel, Migräne) Nein Ja
- l) Rücken, Wirbelsäule, Bandscheiben (z.B. Schmerzen, Fehlstellung der Wirbelsäule, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias, Rückenschmerzen) Nein Ja
- m) Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder, Sehnen (z.B. Abnutzung, Verschleiß, Entzündung, Verletzung, Hüftfehlstellung, Schulter-, Kniebeschwerden, Beinverkürzung) Nein Ja
- n) Haut (z.B. Neurodermitis, Ekzem, Akne, Fisteln, Pigmentstörungen, Muttermale, Schuppenflechte) Nein Ja
- o) Allergien oder sonstige Unverträglichkeiten (z.B. auf Hausstaub-Milben, Gräser, Pollen, Insektengift, Nahrungsmittel, Medikamente oder eine Kontaktallergie) Nein Ja
- p) Augen (z.B. Entzündungen, Sehstörungen, Doppelbilder, Fehlsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien, Hornhaut- oder Netzhauterkrankungen, grauer oder grüner Star, erhöhter Augeninnendruck) Nein Ja
- q) Ohren (z.B. chronische Entzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, Hörsturz, Drehschwindel) Nein Ja

Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit JA beantwortet haben, bitte hier weitere Ergänzungen eintragen:

zu Frage / Diagnose / wann / wie oft / behandelt mit / ausgeheilt seit: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Salben, Tropfen, Sprays? Nein Ja

wenn ja, folgende: _____ Dosierung: _____

Tragen Sie eine Sehhilfe? Nein Brille Kontaktlinsen Dioptrien links _____ rechts _____

Waren Sie jemals in psychotherapeutischer Behandlung oder Beratung? Nein Ja im Jahr _____

Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Nein Ja, in der _____ Schwangerschaftswoche

Haben Sie in den letzten 5 Jahren täglich oder annähernd täglich Alkohol oder Drogen konsumiert oder bestand eine Abhängigkeit? Nein Ja, und zwar: _____

Sind Behandlungen, Untersuchungen, Kontrollen oder Operationen angeraten? (Termin steht oder ist geplant)
 Nein Ja: _____

Name und Anschrift des Arztes / Behandlers, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist:

Stationäre Behandlungen

Haben **in den letzten 5 Jahren** stationäre Untersuchungen, Beobachtungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilstätte stattgefunden?

Nein Ja, wegen + wann: _____

Zahnstatus (nur für Krankenversicherung)

Befinden Sie sich zurzeit in zahnärztlicher Behandlung? Nein Ja, wegen: _____

Fand in den letzten 3 Jahren eine Parodontose/Parodontitisbehandlung statt? Nein Ja im Jahr _____

Fehlen Ihnen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (Lücken)? Nein Ja, Anzahl: _____

Ist Zahnersatz (Brücke, Krone) vorhanden? Nein Ja, Anzahl der betroffenen Zähne: _____

Bei Mitversicherung von Kindern: läuft eine kieferorthopädische Behandlung (z.B. Klammer)
 Nein Ja, seit: _____ Abschluss voraussichtlich: _____

Name und Anschrift des Zahnarztes, der am besten über Ihren Gebisszustand informiert ist:

Allgemein

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Raucher Nichtraucher

Hat ein Versicherer schon mal einen Antrag abgelehnt oder nur mit Ausschluss oder Zuschlag angenommen?
 Nein Ja, dann Wer? Wann? Warum?: _____

zurück an: www.KV-Management.de ®, Michael Buchholz, Schäferhof 39, 31749 Auetal
Fax 0 57 52 / 929 64 22 oder <mailto:Michael.Buchholz@T-Online.de>