

Ihr Experte

E-Mail

Telefon

Versicherte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Aktuelle GKV

Verheiratet

Kinderwunsch

☐ Ja

☐ Ja

☐ Nein

☐ Nein

Berufsbezeichnung

Brutto

Netto

Berufsstatus

☐ Angestellt

☐ Student

☐ Selbstständig

☐ Beamter (mit freier Heilfürsorge)

Versicherungswunsch

Gesundheitsfragen 1 bis 5 beachten!!

Ambulant / Heilpraktiker

Absicherung Sehhilfen? ☐ Ja ☐ Nein

Sehhilfen vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Augenlaser (LASIK) ☐ 1000€ ☐ 1500€

Hilfsmittel (z.b. Hörgerät) ☐ Ja ☐ Nein

Hörgerät bereits vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Mehr Vorsorgeuntersuchungen

☐ Ja ☐ Nein

Heilpraktiker / Naturheilverfahren

☐ Ja ☐ Nein

Gesetzliche Zuzahlungen (Arznei / Heilmittel)

☐ Ja ☐ Nein

Erstattung von Privatrezepten

☐ Ja ☐ Nein

„Rosa Rezept“



Erstattung der
Zuzahlung!

Für alle gesetzlich
Krankenversicherten und
für Medikamente aus dem
Leistungskatalog der GKV.

„Blaues Rezept“



Erstattung der
Kosten!

Für alle privat
Krankenversicherten oder für
Medikamente außerhalb vom
Leistungskatalog der GKV.

Gesundheitsfragen 1 bis 5 beachten!!

Optionstarif - wir empfehlen dies ab Geburt bis circa Alter 48

Optionen für die Zukunft
ohne erneute Gesundheitsprüfung ☐ Ja ☐ Nein

Versicherungswunsch

Stationär

1 Bettzimmer ☐ Ja ☐ Nein
2 Bettzimmer ☐ Ja ☐ Nein
Chefarzt ☐ Ja ☐ Nein
Altersrückstellungen ☐ Ja ☐ Nein

Krankenhaustagegeld Höhe: _____ €

Kurtagegeld Höhe: _____ €

Zahnersatz / behandlung: Aktuelle Situation

Wurde Zahnersatz oder Zahnbehandlungen geplant oder sind diese angeraten? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, was genau?

Fehlende Zähne? (Achtung! Es zählen nur Lücken! Ersetzte Zähne sowie ein Lückenschluss zählen nicht dazu)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ mehr als 6 ☐

Fehlende Zähne mitversichern? Ja ☐ Nein ☐
Herausnehmbarer Zahnersatz vorhanden? Ja ☐ Nein ☐
Zahnfleischerkrankung (bspw. Parodontose) vorhanden? Ja ☐ Nein ☐
Wurzelbehandlung angeraten? Ja ☐ Nein ☐

Die Wünsche der zukünftigen Absicherung!

Höhe des Zahnersatzes 80% ☐ 90% ☐ 100% ☐
Narkose begrenzt ☐ unbegrenzt ☐
Füllungen und Wurzelbehandlungen Ja ☐ Nein ☐
Bleaching bis 200€ ☐ bis 500€ ☐
Professionelle Zahnreinigung? bis _____ € ☐ unbegrenzt ☐

Gesundheitsfragen 1 bis 5 beachten!!

Gesundheitsfragen 1 bis 5 beachten!!

Krankentagegeld Angestellte

ab dem 43 Tag 10€ ☐
20€ ☐
30€ ☐
_____ € ☐

Krankentagegeld Selbstständige

ab dem 22 Tag _____ €
ab dem 29 Tag _____ €
ab dem 43 Tag _____ €
ab dem ____ Tag _____ €

Pflege

Gesundheitsfragen 1 bis 5 beachten!!

Pflegegrad
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
ambulant & stationär höhere Leistung ☐
nur stationäre Leistung gewünscht ☐

Tagessatz
30€ ☐ 40€ ☐ 50€ ☐ 60€ ☐
anderer Tagessatz (in 5€ Schritten) _____ €

Angaben zum Gesundheitsstand

Sollten Sie eine Frage mit **Ja** beantworten, bitte um Angabe auf **Seite 4** von:

- **Medikamente (Hersteller, Dosis, Einnahme)**
- **Behandlungsverlauf (wie behandelt, wann, wie oft, wann beendet)**
- **Seit wann Behandlung und beschwerdefrei**

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

1. Wurde eine HIV Infektion festgestellt?

Ja ☐ Nein ☐

2. Erfolgt in den **letzten 5 Jahren**, Behandlungen oder Untersuchungen wegen unten genannter Erkrankungen?

- | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
| ☐ Alkohol / Drogenmissbrauch | ☐ Diabetes Typ 1 | ☐ Spritze | ☐ Tabletten |
| ☐ Asthma / Asthma Bronchiale | ☐ Diabetes Typ 2 | | |
| ☐ Arthrose | ☐ Depressionen | | |
| ☐ Allergien | ☐ Multiple Sklerose | ☐ Schilddrüsenunterfunktion | |
| ☐ Bluthochdruck / | ☐ Migräne | ☐ Schilddrüsenüberfunktion | |
| Aktuelle Werte: _____ | ☐ Neurodermitis | ☐ Schlaganfall | |
| ☐ Bandscheibenvorfall | ☐ Rheumatische Erkrankungen | | |
| ☐ Covid-19 | | | |
| ☐ Darmerkrankungen (Bsp. Morbus Crohn) | | | |

andere nicht aufgeführte Erkrankungen: _____

3. Bitte die **letzten 5 Jahre** berücksichtigen! Bitte auch die Diagnosen von oben berücksichtigen.

Befindet oder befand sich die zu versichernde Person in Ambulanter Behandlung?

Ja ☐ Nein ☐

4. Bitte die **letzten 10 Jahre** berücksichtigen! Bitte auch die Diagnosen von oben berücksichtigen.

Befindet oder befand sich die zu versichernde Person in stationärer Behandlung?

Ja ☐ Nein ☐

5. Wurden in den letzten 10 Jahren eine Behandlung, Therapie/Gesprächstherapie, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen/ Störungen durchgeführt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?

Ja ☐ Nein ☐

Befindet oder befand sich die zu versichernde Person in stationärer Behandlung?

Ja ☐ Nein ☐

Weitere Angaben zu Diagnosen, Medikamenten und dem Behandlungsverlauf ergänzen Sie auf Seite 4.

Ernsthaftigkeit - Thema Gesundheit - Damit man nie zu spät kommt!

- **Medikamente (Hersteller, Dosis, Einnahme)**
- **Behandlungsverlauf (wie behandelt, wann, wie oft, wann beendet)**
- **Seit wann Behandlung und beschwerdefrei**

Ergänzende Angaben zu Frage 3

Wann	Diagnose/n	Medikamente/Dosis	Wie behandelt	Behandlungs und beschwerdefrei

Ergänzende Angaben Frage 4

Wann	Diagnose/n	Medikamente/Dosis	Wie behandelt	Behandlungs und beschwerdefrei