

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

Ihr Experte

E-Mail

Telefon

Versicherte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Aktuelle GKV

Versicherungswunsch

Ambulant / Heilpraktiker

Gesundheitsfragen 1 bis 5 beachten!!

- Absicherung Sehhilfen? ☐ Ja ☐ Nein
- Sehhilfen vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein
- Mehr Vorsorgeuntersuchungen ☐ Ja ☐ Nein
- Heilpraktiker / Naturheilverfahren ☐ Ja ☐ Nein
- Gesetzliche Zuzahlungen (Arznei / Heilmittel) ☐ Ja ☐ Nein

Optionstarif

Gesundheitsfragen 1 bis 5 beachten!!

- Optionen für die Zukunft **ohne** erneute Gesundheitsprüfung Ja ☐ ☐ Nein

Stationär

Gesundheitsfragen 1 bis 5 beachten!!

- 1 Bettzimmer ☐ Ja ☐ Nein
- 2 Bettzimmer ☐ Ja ☐ Nein
- Chefarzt ☐ Ja ☐ Nein
- Krankenhaustagegeld Höhe:_____€
- Kurtagegeld Höhe:_____€

Zahn - Kieferorthopädie

- Wurden Zahnbehandlungen geplant oder angeraten? Ja ☐ ☐ Nein
- Was genau? _____
- Absicherung Kieferorthopädie KIG Stufe 1-2 Absicherung Ja ☐ ☐ Nein
- Kieferorthopädie KIG Stufe 3-5 Ja ☐ ☐ Nein
- Zahnersatz Ja ☐ ☐ Nein
- Zahnbehandlungen Ja ☐ ☐ Nein

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.

- **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