

Ihr persönlicher Gesundheitsschutz

- ◆ Sie sind gesetzlich versichert?
- ◆ Vorsorgen bevor es zu spät ist!

Es berät Sie:



Name, Vorname: _____

E-Mail: _____

Geb. Datum: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

1 Termin: _____

Bundesland: _____

2 Termin: _____

Sie sind: Angestellter Beamter Selbstständig Student Rentner

Wo sind Sie derzeit Krankenversichert? GKV Name: _____ PKV Name: _____

Ambulant (Gesundheitsfragen 1-5 beachten)

- Sehhilfen Kosten _____
Sehhilfen Vorhanden? Ja Nein
- Augenlaser 1000€ 1500€
- Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte, Prothesen)
Hörgerät vorhanden? Ja Nein
- Vorsorge / Früherkennung
- Heilpraktiker / Naturheilverfahren
- Gesetzliche Zuzahlungen (Arznei/Heilmittel)
- Ohne Wartezeiten

Stationär (Gesundheitsfragen 1-5 beachten)

- 1 Bettzimmer
- 2 Bettzimmer
- Chefarzt
- Krankenhaustagegeld Kurtagegeld
Höhe? _____ Höhe? _____
- Rooming Inn (Begleitperson im KH bei Kindern)
- Altersrückstellungen
 mit
 ohne

**Gesundheit
ist
Lebensqualität**

Zahn

- Wurde vom Zahnarzt, Zahnersatz oder
Behandlungen geplant / angeraten?
Was?

- Fehlende Zähne vorhanden(nur Lücken!)
Wieviele? _____

- mitversichern? ausschließen
- Herausnehmender Zahnersatz vorhanden?

- Zahnfleischerkrankung vorhanden?

Wünsche der zukünftigen Absicherung!

- Hochwertiger Zahnersatz
 70% 80% 90% 100%
- Füllungen und Wurzelbehandlungen
- Professionelle Zahnreinigung?
Wie oft? 2-3x öfter im Jahr
- Kieferorthopädie / Zahnspange

Krankentagegeld (Gesundheitsfragen 1-5 beachten)

Ab dem _____ Tag
Absicherungshöhe _____
Gehalt: Brutto _____ Netto _____

Pflege / Pflegehaftung Siehe Zusatzbogen

Notizen:

Angaben zum Gesundheitszustand

Größe in cm _____ Gewicht in kg _____

1. Wurde eine HIV Infektion festgestellt? Ja Nein
2. Erfolgt in **den letzten 5 Jahren**, Behandlungen oder Untersuchungen wegen folgender Erkrankungen.
Medikamente bitte unter Punkt 3 angeben oder Seite 3 benutzen.

- Alkohol - Drogenmissbrauch
- Asthma Bronchiale Seit wann? _____
- Bluthochdruck
- Darmerkrankungen (Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn) Wann? _____
- Diabetes Mellitus Typ? 1 2 Tabletten oder Spritzen? _____
- Depression Seit wann? _____
- Epilepsie Seit wann? _____
- Herzinfarkt / Herzerkrankungen Wann? _____
- Krebserkrankungen Wann _____
- Multiple Sklerose
- Neurodermitis
- Rheumatische Erkrankungen
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schlaganfall
- Andere nicht aufgeführte Erkrankung: _____

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

Befindet oder befand die zu versichernde Person sich in **Ambulanter** Behandlung? Ja Nein Wann?: _____

Wenn Ja :

Welche Beschwerden liegen / lagen vor? _____

Werden / wurden Medikamente genommen (Name & Dosis) ? _____

4. **Bitte die letzten 10 Jahre berücksichtigen!**

Befindet oder befand die zu versichernde Person sich in **Stationärer** Behandlung? Ja Nein Wann?: _____

Wenn Ja:

Welche Beschwerden liegen / lagen vor? _____

Wird oder wurde Operiert? _____

Werden / wurden Medikamente genommen (Name & Dosis) ? : _____

Seit wann behandlungs & beschwerdefrei?: _____

5. **Sind in den letzten 10 Jahren psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt bzw. angeraten worden?** Ja Nein

Befinden Sie sich derzeit in Behandlung oder ist solche eine beabsichtigt? Ja Nein

Wenn Ja:

Welcher Grund lag vor? _____

Wann? _____ Wie lange? _____ Wieviele Sitzungen? _____ Seit wann Behandlungsfrei? _____

Medikamente / Dosis? _____

Angaben und Daten werden zur Prüfung bei Kooperationspartnern und/oder ggf. den Partnergesellschaften gespeichert.

Bitte zurück an angebot@gesundheit-vorsorge.net

Speichern

Drucken

per E-Mail direkt versenden

Dokument zurücksetzen

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____