

Rentner Erfassungsbogen

Ihr Schutz liegt uns am Herzen

◆ **Vorsorgen bevor es zu spät ist!**

Es berät Sie:



Name, Vorname: _____

E-Mail: _____

Geb. Datum: _____

Telefon: _____

1 Termin: _____

2 Termin: _____

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

Pflege (Gesundheitsfragen 1-5 beachten)

Pflegegrad

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Tagessatz?

☐ 40€ ☐ 50€ ☐ 60€ Wunschbeitrag mtl.: _____

€ ☐ Beitragsbefreiung im Pflegefall?

☐ Ambulant höhere Leistung gewünscht?

☐ Stationär höhere Leistung gewünscht?

☐ **Nur stationäre Absicherung** gewünscht?

Bestehende Tarife vorhanden?

Stationär (Gesundheitsfragen 1-5 beachten)

- ☐ 1 Bettzimmer
☐ 2 Bettzimmer
☐ Chefarzt
☐ Krankenhaustagegeld
Höhe? _____
- ☐ Kurtagegeld
Höhe? _____

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

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? aktuelle Werte? : _____
- ☐ 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: _____