

# ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

## Zu versichernde Person:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft. Geben Sie auch Beschwerden etc. an, die Sie als unwesentlich empfinden. Geben Sie auf jeden Fall Beschwerden etc. an, wenn zwar keine Behandlung, wohl aber Untersuchungen stattgefunden oder Sie Arzneimittel eingenommen haben. Nutzen Sie bitte auch die nachfolgende „Anlage zu den Angaben zum Gesundheitszustand“, die Teil dieses Fragebogens ist. Bitte füllen Sie diese jedenfalls immer dann aus, wenn Sie eine Frage mit „Ja“ beantwortet haben.

Zu allen Fragen die mit „Ja“ beantwortet wurden reichen Sie uns bitte ärztliche Berichte oder anderweitige Dokumente ein, falls vorhanden.

## 1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Beschwerden, Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden bezogen auf:

				Antwort
1.a	die Atmungsorgane (z. B. Allergie, Heuschnupfen, Nasennebenhöhlenerkrankung, Kehlkopf, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.b	das Herz oder die Kreislauforgane/Gefäße (z. B. Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung, Bluthochdruck [Werte größer 140/90mmHg], Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Lymphödem)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.c	die Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen), die Nieren oder die Harnwege (z. B. Blut oder Eiweiß im Urin)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.d	die Verdauungsorgane (auch Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber; z. B. Sodbrennen, Magenschmerzen [häufiger als 2 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Vorkommen von Blut im Stuhl)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.e	Stoffwechselfunktionen (z. B. Diabetes-Erkrankungen, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.f	die Augen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Falls ja, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:	<input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit	Dioptrien	links rechts dpt dpt
1.g	andere Augenerkrankungen (z. B. Laserbehandlung, Katarakt [Grauer Star], Glaukom [Grüner Star], Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.h	die Ohren (z. B. Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus], Hörsturz)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.i	die Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (z. B. Meniskusschaden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Fibromyalgie [umgangssprachlich: Weichteilrheuma])?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.j	den Rücken oder Nacken (z. B. Bandscheiben-, Wirbelsäulenschaden, Rückenschmerzen [mehr als 2 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie [Hals-Arm-Schmerz])?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.k	die Haut (z. B. Allergie, Ekzeme, Neurodermitis, Flechten)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.l	das Blut (z. B. Gerinnungsstörungen), die Drüsen (z. B. Schilddrüse; z. B. Hormonstörung) oder die Milz?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.m	das Gehirn (z. B. Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Demenz) oder die Nerven (z. B. Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.n	die Psyche (z. B. Schlafstörung [mehr als 5 Mal im Monat], Angst-, Essstörung, Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.o	Tumore (auch gutartige) oder Krebserkrankungen (auch Lymphome, Leukämie)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.p	Infektionskrankheiten (z. B. HIV-Infektion, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, Malaria, Tuberkulose)? Bitte auch mit „Ja“ beantworten, sofern noch Untersuchungsergebnisse ausstehend sind.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Unterschrift (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

## 2. Ergänzende Fragen zum Gesundheitszustand

		Antwort
2.a	Nehmen oder nahmen Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> regelmäßig Medikamente ein (d. h. mehr als 1 Monat lang täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament; auch Schmerz-, Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.b	Wird oder wurde <b>in den letzten 5 Jahren</b> regelmäßig Alkohol konsumiert (d. h. durchschnittlich häufiger als jeden zweiten Tag)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.c	Werden oder wurden <b>in den letzten 5 Jahren</b> regelmäßig Drogen (auch Cannabis) genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.d	Waren Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.e	Sind Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> durch Behandler (z. B. Ärzte, Fachärzte, Heilpraktiker, Psychologen oder Krankengymnasten) untersucht, beraten oder behandelt worden (auch Operationen, Vorsorge/Checkup, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung durch einen Arzt in den nächsten 2 Jahren vorgesehen oder empfohlen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.f	Fand <b>in den letzten 10 Jahren</b> eine stationäre Behandlung statt (z. B. Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung durch einen Arzt in den nächsten 2 Jahren vorgesehen oder empfohlen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.g	Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (falls erteilt, bitte auch Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE] oder Wehrdienstbeschädigung [WDB] angeben)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.h	Wurden Sie mit künstlichen Körperteilen oder Implantaten versorgt (z. B. künstliche Gelenke, Stents, Herzschrittmacher, Medikamentenpumpen, Brustimplantate, Schrauben, Platten oder Ähnliches)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.i	Wie groß sind Sie und was wiegen Sie?	Größe
		Gewicht
2.j	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind, oder steht fest, dass Zähne gezogen werden müssen? Zähne, die noch nicht dauerhaft / nur provisorisch ersetzt sind, zählen als fehlende Zähne. Weisheitszähne oder Zähne, bei denen die Lücke durch benachbarte Zähne komplett geschlossen wurde, zählen nicht als fehlende Zähne.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.k	Wird oder wurde <b>in den letzten 5 Jahren</b> eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.l	Sind Zahnersatz oder On-/Inlays vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Falls ja, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:	herausnehmbare Prothese (Anzahl der betroffenen Zähne)
		Brücke(n) (Anzahl der betroffenen Zähne)
		Kronen/Venneers/On-/Inlays (Anzahl)
		Implantate (Anzahl)
2.m	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Falls ja, ergänzen Sie bitte folgende Angabe:	Schwangerschaftswoche
2.n	Welcher Arzt und Zahnarzt kann über Ihren Gesundheitszustand am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)?	



### Wichtiger Hinweis zu Ihren Angaben zum Gesundheitszustand

Bitte beachten Sie, dass es sehr wichtig ist, dass Sie die Angaben zu Ihrem bzw. zum Gesundheitszustand der mit Ihnen zu versichernden Personen gewissenhaft und vor allem wahrheitsgemäß machen.

In den „Erläuterungen über die rechtlichen Besonderheiten einer Gruppenversicherung und zu den Pflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)“ haben wir die wesentlichen Folgen einer unrichtigen Beantwortung beschrieben. Bitte beachten Sie, dass unrichtige Angaben den beantragten Versicherungsschutz gefährden.

Für eventuelle Fragen stehen Ihnen unsere Kundenbetreuer bzw. Ihr Versicherungsmakler zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

## ANLAGE ZU DEN ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Bitte machen Sie hier ergänzende Angaben zu allen Fragen, die Sie im Gesundheitsfragebogen mit „Ja“ beantwortet haben.

### Zu versichernde Person:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

Frage	Details zu Diagnose, Erkrankung, Unfall, Medikament	Zeitraum	Behandler/Heilstätte (Name/Anschrift)

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters) \_\_\_\_\_