

Votum der Voranfrage an:

Name: _____

e-Mail: _____

Telefon: _____

Zu versichernde Person:

Name: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Aktuell ausgeübte Tätigkeit: _____

- | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angestellter | <input type="checkbox"/> Student |
| <input type="checkbox"/> Beamter auf Probe/Widerruf | <input type="checkbox"/> Schüler |
| <input type="checkbox"/> Beamter auf Lebenszeit | <input type="checkbox"/> Auszubildender |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau | <input type="checkbox"/> Selbständiger/Freiberufler seit: _____ |

Abgeschlossenes Studium? nein ja: _____

Personalverantwortung für _____ Personen

Anteil Bürotätigkeit in %: _____ Anteil körperliche Arbeit in %: _____

Anteil Reisetätigkeit in %: _____

Gewünschter Versicherungsschutz:

- Berufsunfähigkeit

Versicherungsbeginn: _____ Bis Endalter: _____

Mtl. Rente / Versicherungssumme: _____

Beitragsbefreiung gewünscht? nein ja

Allgemeine Fragen

Raucher (Konsum von Tabak in den letzten 12 Monaten): ja nein

Betreiben Sie in seiner Freizeit gefährliche Sportarten/Hobbies?
(z. B. Tauchen, Reiten, Flugsport, Motorsport, Bergsport, Kampfsport, Wassersport) ja nein

Wenn ja, bitte unbedingt Zusatzfragebogen des Risikos beifügen!

Ist in den nächsten 12 Monaten ein Auslandsaufenthalt von mehr als 3 Monaten im außereuropäischen Ausland geplant? ja nein

Wenn ja, wohin und wie lange? _____

Gesundheitsfragen

Wie groß und wie schwer sind Sie? _____ cm _____ kg

1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:

a) des Herzens, des Kreislaufs, der Arterien, oder der Venen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Arterienverkalkung, Herzklappenfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Durchblutungsstörung, Thrombose, Krampfadern, Venenleiden)? ja nein

b) der Atmungsorgane, Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Atemwegsprobleme, Lungenentzündung, Tuberkulose, Emphysem, Schlafapnoe)? ja nein

c) der Verdauungsorgane, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Sodbrennen, wiederkehrende Durchfälle/Verdauungsstörungen, Speiseröhrenvarizen, oder -entzündung)? ja nein

d) an Harn- und Geschlechtsorganen (z.B. Nieren, Blase, Prostata, Unterleib, Brust, Eierstöcke, Gebärmutter, Zysten)? ja nein

e) des Stoffwechsels und Drüsen (z.B. Diabetes, Blutfetterhöhung, Gicht, Harnsäureerhöhung, Cholesterinerhöhung, Triglyceriderhöhung, Funktionsstörung der Schilddrüse)? ja nein

f) des Blutes, der Milz (z.B. Anämie, Leukämie, Durchblutungsstörung, Blutgerinnungsstörung, Hämorrhiden)? ja nein

g) akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose, Pfeiffersches Drüsenfieber)? ja nein

h) des Gehirns, Nervensystems, Rückenmarks (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne, Bewusstseinsverlust, Parkinson-/Alzheimer-Krankheit, Lähmungen, Nervenzündung)? ja nein

i) der Psyche (z.B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom und psychosomatische Störung, Burn-Out-Syndrom, Depression, Essstörung, Suizidversuch, chronische Müdigkeit, Magersucht, Nervenzusammenbruch, Schizophrenie, Hyperaktivität)? ja nein

j) der Wirbelsäule, Bandscheibe, des Rückens (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, WS-Syndrom, Wirbelsäulenverkrümmung, Rückenschmerzen, Verspannungen)? ja nein

k) der Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen (z.B. Gelenkverschleiß, Arthrose, Knochenbrüche, rheumatische Beschwerden, Meniskusschaden, Bänderrisse, Sehnencheiden-, oder Schleimbeutelentzündung, Muskelschwund)? ja nein

l) der Haut, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt-)Ekzem, Schuppenflechte, Lebensmittelallergie)? ja nein

m) der Augen (z.B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit, mehr als 6 Dioptrien, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung, Laserbehandlung)? ja nein

n) der Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)? ja nein

2. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahren in **ambulanter** Behandlung, Untersuchung, Beratung von Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten oder anderen nichtärztlichen Therapeuten? ja nein

3. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahren in psychologischer Behandlung? ja nein

4. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen ein, oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmittel oder Drogen beraten oder behandelt? ja nein

5. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen (z.B. täglich, monatlich oder viertel-jährlich) apothekenpflichtige Arzneimittel zu sich? ja nein

6. Wurde in den letzten 5 Jahren eine Tumorerkrankung festgestellt? (Krebs, Tumore, Zysten, Geschwülste) ja nein

7. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt oder warten Sie noch auf Testergebnisse?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Bestehen angeborene körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> anerkannte Schwerbehinderung <input type="checkbox"/> Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit

Erläuterungen :

Frage	Diagnose, Beschwerden, evtl. Folgen	Wann, wie oft, wie lange?	Behandlung / Medikation	beschwerdefrei seit