



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

für Herrn/Frau , geb.

Wie ist Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht?	cm	kg	
1. Wer ist Ihr behandelnder Arzt?	Hausarzt mit Name und Anschrift		
2. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten geraucht? Wenn ja, dann bitte Anzahl pro Tag angeben:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
3. Konsumieren Sie täglich Alkohol (Art und Menge) oder nehmen oder nahmen Sie Drogen (welche, wie viele und in welchem Zeitraum)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Alkohol
	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Drogen
4. Haben Sie in den letzten drei Jahren über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen täglich Medikamente eingenommen? Welche, von wann bis wann?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
5. Waren Sie in den letzten fünf Jahren in regelmäßiger ärztlicher Behandlung oder Kontrolle? (Wenn ja, weshalb? Von wann bis wann? Bei wem?)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
6. Wurden Sie in den letzten zehn Jahren in einem Krankenhaus, einer Rehabilitations- oder Kureinrichtung stationär aufgenommen? Sind Untersuchungen, Operationen, Therapien inkl. Chemotherapie erfolgt, geplant oder angeraten? Wenn ja, welche? Wo und wann?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
7. Bestanden jemals gut- oder bösartige Tumorerkrankungen wie z. B. Leukämie, Brustkrebs, Melanom, Gehirntumor, Adenome, etc. oder Erkrankungen des Immunsystems wie z. B. HIV. Hatten Sie jemals eine Chemotherapie oder Bestrahlung? (Wenn ja, bitte nähere Angaben wie Art, Zeitraum ...)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren Krankheiten, Störungen, Verletzungen, Anomalien oder Beschwerden?

Wenn ja: Welche? Von wann bis wann? Name, Adresse des (der) behandelnden Arztes (Ärzte) und ev. bekannte Werte*. Bitte vorhandene Befunde in Kopie beilegen!

a) des Herzens oder des Kreislaufs wie z. B. erhöhter Blutdruck (Werte angeben), Schmerzen in der Herzgegend, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Vorhofflimmern, Herzinfarkt ...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
b) des Nervensystems wie z. B. Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Epilepsie, Migräne ...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
c) der Psyche wie z.B. Angststörungen, Depression, Burnout, Suizidversuch, Essstörungen, Neurosen ...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
d) der Ohren wie z.B. Tinnitus, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen ...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

für Herrn/Frau , geb.

e) der Augen wie z.B. Sehstörung, Doppelbilder, grauer / grüner Star ...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Dioptrien links - Dioptrien rechts
f) der Haut wie z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Allergie ...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
g) der Knochen, Gelenke, Muskeln, Wirbelsäule oder Bandscheiben wie z.B. Meniskus, Osteoporose, rheumatische Beschwerden, Nacken- oder Kreuzschmerzen, Bandscheibenvorfall ...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
h) der Lunge oder der Atemwege wie z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Nasescheidewandverkrümmung ...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
i) des Magens, der Speiseröhre, des Darms, der Galle, Leber oder Bauchspeicheldrüse wie z.B. Gastritis, chronische Darmentzündung, Hepatitis ...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
j) der Niere, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brustdrüse oder Prostata wie z.B. Entzündungen, Steine, Nierenversagen, Zysten ...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
k) des Stoffwechselsystems wie z.B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfette (Laborwerte angeben), Harnsäure, Schilddrüsenerkrankungen oder Erkrankungen des Blutes wie z.B. Thrombose, Blutgerinnungsstörung ...	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
l) Besteht eine Schwangerschaft?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Geburtsstermin:
m) Haben Sie von Unfallverletzungen Dauerfolgen und beziehen oder bezogen Sie eine Rente wegen eines Unfalls oder sonstiger gesundheitlicher Gründe (z. B. Schwerbehinderung) oder ist eine solche beantragt? Wenn ja, Grund und Zeitraum bitte angeben.	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

* Ergänzende Angaben zu den oben gestellten Fragen:	
--	--

Ich/Wir erkläre/n, dass alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet wurden – auch wenn und soweit dieser Antrag von einer dritten Person ausgefüllt wurde. Im Falle einer unterbliebenen Bekanntgabe eines Umstandes nach dem in geschriebender Form nachgefragt wurde kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder vertragliche Leistungen verweigern.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
bzw. bei minderjährigen der gesetzliche Vertreter