

## Fragebogen Gesundheitsangaben und Antragsfragen

Der Gesundheitsfragebogen erleichtert die Vorabprüfung, Ausschreibung und dient Ihnen als Skript für die spätere Antragstellung Ihrer Privaten Krankenversicherung und Berufsunfähigkeitsabsicherung.

Beantworten Sie bitte, zu Ihrer eigenen Sicherheit alle Fragen **so sorgfältig und ausführlich wie möglich**. Verschweigen Sie keine Angaben und treffen Sie keine falschen oder verharmlosenden Aussagen. Reicht der Platz nicht aus legen Sie ein Beiblatt bei und beziehen sich bitte auf die Frage.

Sollten Sie Befundberichte, Entlassungs- oder Operationsberichte haben, so senden Sie mir diese bitte als Anlage ebenfalls zu. **Bitte fügen Sie bei Kindern immer Kopien der „U-Hefte“ bei.**

Rufen Sie bei Ihren Ärzten an, wenn Sie sich bei der Beantwortung nicht sicher sind und lassen Sie sich ggf. Kopien Ihrer Krankenakten gebe/schicken. Lassen Sie sich nicht abwimmeln oder mit dem Argument abspeisen: „Der Versicherer fragt bei uns an“. Ein Versicherer fragt ggf. nur nach den Angaben von denen er weiß! Außerdem wollen Sie sicherlich die Einschätzung mehrere Versicherer wissen. Wie viele Anträge wollen Sie ausfüllen, damit jeder Versicherer einzeln beim Arzt nachfragt? Hinzu kommt, dass Sie selber nur dann, die „Zügel in der Hand haben“, wenn Sie die Diagnosen Ihrer Vorerkrankungen kennen. Bedenken Sie: Sie wissen weder, was ein Versicherer Ihren Arzt fragt, noch was Ihre Arzt dem Versicherer antworten wird!

### Kontaktdaten

#### **Lars Ulrich Harms – Versicherungsmakler**

Fachmakler für Private Krankenversicherung  
und Berufsunfähigkeitsversicherung

Taunusstraße 15, 35398 Giessen

e-mail: [info@luhv.de](mailto:info@luhv.de)

[www.makler-harms.de](http://www.makler-harms.de)

Telefon: 06 41 / 972 46 33

Register-Nr.: D-YXQ0-COQT2-59

## Wichtige grundlegende Angaben

Name, Vorname:

Anschrift:

**Telefon:**

**email**

Beruf:

angestellt

selbständig

freiberuflich

Bei Beamten

auf Widerruf/Anwärter

auf Probe

auf Lebenszeit

Beihilfeverordnung:

Bund

oder

Land:

Wo waren Sie bisher versichert, wie lange? Haben Sie (noch) keine Versicherung geben Sie bitte an seit wann!

GKV\*

PKV\*

Pflege\*

mit KHT\*

mit KTG\*

\*GKV = Gesetzliche Krankenversicherung, PKV= private Krankenversicherung,  
Pflege=Pflegepflichtversicherung, KHT = Krankenhautagegeld KTG = Krankentagegeld

Gesellschaft/Kasse

von

bis

Wichtig: Soweit wie möglich/bekannt rückwirkend aufführen!

Besteht eine Absicherung gegen Berufsunfähigkeit (zwecks der Abstimmung z.B. des Krankentagegeldes)?

nein

ja

Rentenhöhe mtl.:

Versicherer:

Haben Sie schon einmal einen Antrag auf Krankenversicherung oder Berufsunfähigkeitsversicherung gestellt und wurde dieser zu erschwerten Bedingungen angeboten oder vom Versicherer abgelehnt?

nein noch nie

ja

Bitte Sparte, Versicherer und Bearbeitungsstand angeben

Bestehen Krankenzusatzversicherungen?

Nein

Ja

Welche

Was soll geprüft werden?

Private Krankenversicherung

Berufs- / Dienstunfähigkeitsversicherung

## Gesundheitsfragen

Vorname:

Geb. Datum:

Körpergröße (cm):

Körpergewicht (kg):

### Akute (nicht dauerhafte / ausheilende) Erkrankungen

Bestehen zur Zeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren **(bei Anfragen zur Berufsunfähigkeitsversicherung bitte unbedingt die letzten 5 Jahre)** Beschwerden, Krankheiten, Verletzungen, Wurden Sie wegen der Erkrankungen behandelt?

**Bitte immer angeben: Zeitraum, Beschwerden/ Diagnose, Art der Behandlung, Folgebeschwerden/ausgeheilt seit?**

Besteht eine Schwangerschaft und wenn ja, welche Schwangerschaftswoche, Komplikationen (z.B. Schwangerschaftsdiabetes, abweichende Blutwerte, Harnstau)

Nein      Ja      vom „Normalzustand“ abweichende Befunde:

### Chronische (dauerhafte / wiederkehrende) Erkrankungen / Beschwerden

Bestehen chronische Erkrankungen, Krankheits- oder Unfallfolgen, Tumorerkrankungen, Allergien, organische oder körperliche Fehler oder Folgen von Operationen? Wurden Sie wegen der Erkrankungen behandelt? Bitte geben Sie auch Erkrankungen an, **bei denen die Diagnose länger als 3 Jahre zurückliegt**, auch wenn diese nicht behandlungsbedürftig waren oder Beschwerden verursachten, **wenn eine Folge verblieben ist oder die Erkrankung noch vorliegt** (z.B. Wirbelsäulenverkrümmung, Asthma, Allergien, Hauterkrankungen, Knorpelschäden, Metall im Körper, etc. ... ) (bitte ggf. OP Bericht etc. beilegen)

**Bitte immer angeben: Beschwerden/ Diagnose, seit wann, Art der Behandlung, z.Zt. beschwerdefrei?**

Besteht eine Sterilität?      Nein      Ja

Fehlsichtigkeit oder Augenerkrankung? Diagnose:      Dioptrien links      rechts

Werden sonstige Hilfsmittel verwendet (**Hörgeräte, Einlagen, Prothesen, Einlagen, Zahnschiene, u. ä.**) und wenn ja, welche?

Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt?      Ja      Nein

## Ambulante Operationen

Vorname:

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren ambulant operiert? (auch z.B. Entfernung von Leberflecken/Muttermalen)

**Bitte angeben: Wann, Warum/Diagnose, ausgeheilt ?**

## Stationäre Aufenthalte / Behandlungen

Sind Sie in den letzten 5 Jahren in Krankenhäusern stationär untersucht / behandelt worden?

**Bitte angeben: Zeitraum, Beschwerden/ Diagnose, Art der Behandlung, Folgen, ausgeheilt?**

## Psychotherapie

Wurde in den letzten 10 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt? (Falls Ja: Bitte **immer** Abschlussbericht des Behandlers anfordern und nachreichen, Anzahl der Sitzungen und Art der Therapie bitte angeben!)

Nein                      Ja                      Zeitraum /Sitzungsanzahl

## Medikamente

Werden od. wurden in den letzten 5 Jahren *regelmäßig* Medikamente eingenommen oder verordnet? (Bitte geben Sie auch Medikamente zur Vorsorge etc. an, bitte Namen, Dosis und Behandlungsdauer)

**Bitte angeben: Grund der Einnahme, Medikament, Häufigkeit / Dauer, Dosis,**

Sind ambulante oder stationäre Behandlungen beim Arzt oder Heilpraktiker, Untersuchungen, Kuren oder Rehamaßnahmen angeraten oder beabsichtigt?

Nein                      Ja                      Welche

## Zahnärztliche Behandlungen

Fehlen Zähne – **außer Weisheitszähne** - im natürlichen Gebiss, die noch nicht ersetzt sind? Wie viele Zähne fehlen?

Nein              Ja                      Anzahl

Besteht Zahnersatz (z. B. Kronen, Implantate, Brücken, Prothesen)?

Es bestehen derzeit:              Kronen                      Brücken                      Implantate

Bestehen Zahn(bett)erkrankungen (Parodontose), gibt es sanierungsbedürftige Zähne/Zahnersatz oder liegt eine Zahnfehlstellung vor?

Nein                      Ja                      Welche

Werden zur Zeit kieferorthopädische oder andere Behandlungen/Maßnahmen durchgeführt bzw. sind solche angeraten? **Falls JA, bitte einen aktuellen Heil- und Kostenplan beilegen.**

Nein                      Ja                      Welche

## Angaben zu Ärzten und anderen Behandlern

Vorname:

Welcher Arzt kennt Ihre Krankengeschichte am besten?

Welche weiteren Ärzte/Behandler haben Sie in den letzten 5 Jahren aufgesucht?

Name, Adresse	Grund (vorherige Angabe)	Facharztbezeichnung
---------------	--------------------------	---------------------

In welchen Krankenhäusern wurden Sie untersucht / behandelt?

Name, Adresse	Grund (vorherige Angabe)
---------------	--------------------------

Wer ist Ihr Zahnarzt?

## Krankschreibungen

Bestanden in den letzten 5 Jahren Arbeitsunfähigkeiten / Krankschreibungen? Warum und wie lange?  
Zeitraum                      Grund

Um eine Voranfrage für Sie vorbereiten zu können, geben Sie mir bitte nachstehende Angaben:

**Die Angaben auf diesem Fragebogen habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Ich habe dem Makler/ Berater, Herrn Lars Ulrich Harms, keine sonstigen Angaben zum Gesundheitszustand gemacht, die hier nicht eingetragen sind.** Mir ist bekannt, dass eine Risikoeinschätzung immer nur durch den Versicherer (und nicht durch den Makler) erfolgt und auch nur dieser Aussagen zum Versicherungsschutz treffen kann. Der Fragebogen dient nur der Zusammenstellung der Informationen und als Skript für die spätere Beantwortung der Antragsfragen.

Dem Fragebogen lege ich                      Seiten an Befunden, Arztberichten oder weiteren Unterlagen bei:

**Welche:****(Falls keine Anlagen vorhanden, bitte „keine“ oder „0“ eintragen)**

Leitfäden, Kriterienfragebögen und Gesundheitsfragebogen sind konzeptionell auf meine Beratung und spätere Antragstellung abgestimmt. Wenn Sie ein optimales Ergebnis haben möchten, lesen Sie bitte auch immer den Leitfaden und mailen Sie mir den ausgefüllten Kriterienfragebogen.

Ort /Datum	Unterschrift Kunde/Antragsteller (Bei e-mail Versand Namen eintragen)
------------	--

Hinweis zum emailversand und Speicherung von Daten:

Bei der Versendung mit dieser Emailfunktion werden mir lediglich die Inhalte des Fragebogens übermittelt, nicht aber der Fragebogen selber. Ich werde diese in den Fragebogen einfügen und Ihnen auf Wunsch eine PDF Datei mit Ihren Angaben zukommen lassen.

Aus Sicherheitsgründen können Sie dieses Formular mit erfassten Daten nur mit einer dafür vorgesehenen Software auf Ihrem PC (z.B. Adobe Vollversion oder PDF-Office) speichern. Wenn Sie Ihre Angaben nach dem Ausfüllen archivieren wollen, drucken Sie sich bitte vor versenden Ihren Fragebogen aus (dass kann auch z.B. mit einem „PDF-Drucker digital geschehen).