

Angaben zum Gesundheitszustand

Zu versichernde Person: _____ Geburtsdatum: _____

Größe: ca. _____ cm Gewicht: ca. _____ kg

1. Bestehen zurzeit körperliche oder geistige Krankheiten, Beschwerden, chronische Leiden oder Unfallfolgen? (z. B. Amputationen, Versteifungen, Lähmungen) O ja O nein
2. Finden Heilbehandlungen statt, sind solche angeraten oder beabsichtigt? O ja O nein
3. Bestehen Gebrechen, Anomalien (z. B. Krampfadern, Hämorrhoiden, Migräne, Wirbelsäulenverkrümmung, Doppelnieren, Unfruchtbarkeit, Zeugungsunfähigkeit, Phimose) oder werden Prothesen getragen? O ja O nein
4. Haben Krankheiten oder Beschwerden bestanden? (10 Jahre)

(z. B. des Herzens, des Kreislaufs, der Atmungs-, Verdauungs-, Harn- oder Geschlechtsorgane, des Gehirns oder Rückenmarks, der Nerven, der Sinnesorgane, der Haut, der Muskulatur, des Bewegungsapparates, der Drüsen, der inneren Organe, des Blutes, des Stoffwechsels, Infektionskrankheiten, Geschwulstkrankheiten, Gelenks- oder Bindegewebserkrankungen, aber auch Beschwerden, Krankheiten die nicht von einem Arzt oder Heilbehandler untersucht wurden!) O ja O nein
5. Fanden ambulante Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen durch Ärzte oder andere Heilbehandler statt? (10 Jahre)

(auch Routine- und Krebsvorsorgeuntersuchungen, Massagen, Muttermalentfernungen, grippale Infekte, Check-up, Röntgen- & Ultraschalluntersuchungen, kosmetische Operationen) O ja O nein
6. Haben Krankenhaus-, Heilstätten- oder Sanatoriumsaufenthalte stattgefunden? (10 Jahre) O ja O nein
7. Haben psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen stattgefunden? (auch rein informatorische oder probatorische Gespräche mit Psychologen) (10 Jahre) O ja O nein
8. Bestehen/bestanden Allergien? (z. B. Heuschnupfen, Hautausschlag, Unverträglichkeiten) O ja O nein
9. Haben Blutuntersuchungen stattgefunden z. B. wg. Verdachts auf Rheuma, Hepatitis, Allergien, AIDS, Unregelmäßigkeiten der Leber-/Fettwerte? Wenn ja, welche Befunde wurden erhoben? (10 Jahre) O ja O nein
10. Wurden/werden regelmäßig Medikamente genommen? Bestand/besteht jemals Arznei-, Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch oder –abhängigkeit? O ja O nein
11. Bestehen Störungen des Sehvermögens (Angabe der Dioptrienwerte) oder des Hörvermögens? O ja O nein
12. Bezog, bezieht oder beantragte die zu versichernde Person eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder ist sie als schwer behindert anerkannt? O ja O nein
13. Besteht Schwangerschaft? (Wenn ja, in welchem Monat) O ja O nein

14. Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Selbsttötungsversuch unternommen? ja nein
15. Ist die zu versichernde Person besonderen Gefahren im Beruf oder in der Freizeit ausgesetzt? (z. B. Wettfahrten, Flugsport, Paragliding, Fallschirmspringen, Tauchsport, Motorsport, Bergsport, Extremsport) ja nein

Hinweis:

Wichtig ist eine möglichst genaue Beschreibung der Beschwerden und Behandlungen, wobei es nicht auf die Nennung der medizinischen (lateinischen) Fachbegriffe ankommt. Ihre Angaben erfolgen nach bestem Wissen und Gewissen. Falsche Angaben oder unzureichend beantwortete Fragen können zum bleibenden Verlust des Versicherungsschutzes führen. Füllen Sie daher die Angaben zum Gesundheitszustand bitte sorgfältig aus.

München, den

Unterschrift zu versichernde Person