

Fragebogen Private Krankenversicherung



Berufsgruppe	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Beamte <input type="radio"/> Beamtenanwärter <input type="radio"/> Arzt <input type="radio"/> Zahnarzt <input type="radio"/> Student <input type="radio"/> Medizinstudent
Berufsstatus	<input type="radio"/> Arbeitnehmer <input type="radio"/> Selbstständig <input type="radio"/> Freiberufler
Versicherungsbeginn	
Heilpraktikerleistungen	<input type="radio"/> Gewünscht <input type="radio"/> Unwichtig
Logopädie	<input type="radio"/> Gewünscht <input type="radio"/> Unwichtig
Ergotherapie	<input type="radio"/> Gewünscht <input type="radio"/> Unwichtig
Stationäre Leistungen	<input type="radio"/> Mehrbettzimmer <input type="radio"/> Zweibettzimmer <input type="radio"/> Einbettzimmer <input type="radio"/> Privatarzt
Gewünschte Zahnleistungen Erstattung Zahnbehandlung Erstattung Zahnersatz Erstattung Kieferorthopädie Erstattung Material-& Laborkosten	Auswählbar 0 – 100 % % % % %
Gewünschte Selbstbeteiligung (Preisspanne)	Von € bis €
Zahlweise	<input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich

Krankentagegeld	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nicht gewünscht <input type="radio"/> Ab 4. Tag <input type="radio"/> Ab 8. Tag <input type="radio"/> Ab 15. Tag <input type="radio"/> Ab 22. Tag <input type="radio"/> Ab 29. Tag <input type="radio"/> Ab 43. Tag <input type="radio"/> Ab 92. Tag <input type="radio"/> Ab 182. Tag <input type="radio"/> Ab 274. Tag <p>Fall Ja: €/Tag</p>
Krankenhaustagegeld	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nicht gewünscht <input type="radio"/> Ja, €/Tag
Auslandsreisekrankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nicht Gewünscht <input type="radio"/> Ja, ohne Rücktransport Ausland <input type="radio"/> Ja, mit Rücktransport Ausland

<p>Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.</p> <p>Es sind auch solche Krankheiten und Beschwerden (innerhalb der abgefragten Zeiträume) anzugeben, die ausgeheilt sind, die nicht behandelt wurden, und auch solche, die für unwesentlich gehalten wurden, jedoch nicht kurzfristige Erkältungen wie Husten, Schnupfen, soweit nicht dabei Mandel- oder Nebenhöhlenbeschwerden auftraten. Bei ausgeheilten Krankheiten und Beschwerden geben Sie bitte an, seit wann Beschwerde- und Behandlungsfreiheit besteht. Wird eine der gestellten Fragen 1. bis 7. mit „ja“ beantwortet, sind ergänzende Angaben erforderlich. Ihre ausführlichen Angaben tragen Sie bitte in der Tabelle im Anschluss an die Gesundheitsfragen ein.</p>	<p>Größe:</p> <p>Gewicht:</p>
Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien (Fehlstellungen, Fehlbildungen, Körperimplantate), Entwicklungsstörungen oder Unfallfolgen, die nicht ärztlich oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) behandelt wurden?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen/Untersuchungen von Ärzten oder Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) durchgeführt oder sonstige Gesundheitsstörungen/Anomalien festgestellt? Es ist auch anzugeben, wenn eine bestehende oder abgelaufene Virusinfektion (z. B. Hepatitis, HIV) oder ein anderer krankhafter Befund (z. B. Rheuma, Allergien, Asthma) festgestellt wurde.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sind Behandlungen/Untersuchungen durch Ärzte oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) für die Zukunft angeraten?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erfolgt derzeit oder erfolgte in der Vergangenheit ein regelmäßiger Konsum von Drogen, Medikamenten oder Alkohol?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen/Untersuchungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen oder von Psychotherapeuten/Psychologen durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sind Behandlungen/Untersuchungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen oder von Psychotherapeuten/Psychologen für die Zukunft angeraten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Besteht oder bestand eine Erwerbsminderung, eine Dienst-, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, eine anerkannte Behinderung, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Pflegebedürftigkeit, oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt oder ist dies beabsichtigt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne), die nicht ersetzt sind und für die kein Lückenschluss besteht? Falls ja, bitte Anzahl angeben.	<input type="radio"/> Ja, <input type="radio"/> Nein
Finden derzeit Zahnersatzmaßnahmen (z. B. Implantate, Kronen, Inlays) statt? Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die bereits begonnene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sind Zahnersatzmaßnahmen (z. B. Implantate, Kronen, Inlays) für die Zukunft angeraten? Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die angeratene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren Parodontosebehandlungen/-untersuchungen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten? Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet“, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für Parodontosebehandlungen und Folgen.“ einverstanden.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren kieferorthopädische Behandlungen/Untersuchungen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten? Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für kieferorthopädische Behandlungen.“ einverstanden.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

→ Sollten einzelne Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, bitte nähere Angaben auf einem Zusatzblatt machen (Art der Beschwerden/Krankheiten, von/bis, krankhafter Befund vorhanden?, folgenlose Ausheilung?, weitere Behandlungen geplant?, Arbeitsunfähigkeit (von/bis)?)

Angaben zum Hausarzt

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

Angaben zum Zahnarzt

Name:

Anschrift:

Telefonnummer: