

Gesundheitsangaben

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Name/Geburtsdatum Person

Wird eine Frage mit ja beantwortet, sind genaue Angaben auf Seite 3 zu machen. Es ist ebenfalls anzugeben was ausgeheilt ist, auch wenn es als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit betrachtet wurde, und zwar auch dann, wenn keine Behandlung stattfand, sondern nur Diagnostik, Beratung, Untersuchung oder Tests durchgeführt bzw. nur Arzneimittel eingenommen wurden.

1. Körpergröße und Körpergewicht	cm	kg
	JA	NEIN
2. Sind Sie in den letzten 5 Jahren ambulant von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten oder Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind Sie in den letzten 5 bzw. 10 Jahren (je Gesellschaft*) stationär behandelt (Krankenhaus, Reha, Kuren, Entzugsbehandlung, Strahlentherapie, Operationen, Chemotherapie etc.) wurden oder ist eine solche Behandlung in den nächsten 2 Jahren ärztlich angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sind Sie in den letzten 5 bzw. 10 Jahren (je Gesellschaft*) in psychologischer Behandlung gewesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Störungen, Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen, die ärztliche untersucht/behandelt wurden aufgrund...		
5.1. der Atmungsorgane (z.B. Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Allergie, Kehlkopf- und Rippenfellkrankung, Schlafapnoe, Lungenentzündung, Emphysem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2. des Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems (z.B. Bluthochdruck, Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphöden, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung, Bewusstlosigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3. der Verdauungsorgane (z.B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwür, Magenschleimhautentzündung, chronische Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Hepatitis, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Verdauungsstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. der Harn- und Geschlechtsorganen (z.B. Schwangerschaftskomplikationen, Blut oder Eiweiß im Urin, Nierensteine, Prostata- oder Harnwegsentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5. des Stoffwechsels (z.B. erhöhte Blutzuckerwerte, Diabetes mellitus, Gicht, erhöhte Cholesterinwerte, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Harnsäureerhöhung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6. der Augen (z.B. Kurz- und/oder Weitsichtigkeit, Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung, Netzhautablösung, grüner oder grauer Star, Hornhautverkrümmung, entzündliche Augenerkrankungen)?	<input type="checkbox"/> Dioptrien: _____ links	<input type="checkbox"/> Dioptrien: _____ rechts
5.7. der Ohren (z.B. Schwindelzustände, Ohrgeräusche, Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.8. der Wirbelsäule , der Bandscheibe , des Rückens oder Nackens (z.B. Bandscheibenvorfall, Rückenschmerzen, Hexenschuss, Schleudertrauma, Verspannungen, Wirbelsäulenverkrümmung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9. der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (z.B. Fibromyalgie, Gelenkschmerzen, Gelenkverschleiß, Meniskusschaden, Knochenbrüche, Rheuma, Gicht, Arthrose, Bänderrisse, Muskelschwund)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10. der Haut (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis, Ekzeme, Allergien wie Hausstaub-, Tierhaar-, und Lebensmittelallergie, Heuschnupfen, Ekzem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11. von Blut- und Tumorerkrankungen (z.B. Gerinnungsstörungen, Geschwülste, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Darmpolypen, Milzkrankungen, Leukämie, Hämorrhoiden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12. von Infektionskrankheiten und Vergiftungen (z.B. Tuberkulose, Gürtelrose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis, Gehirnhautentzündung, Borreliose, Pfeiffersches Drüsenfieber)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.13. des Gehirns , des Rückenmarks oder der Nerven (z.B. Multiple Sklerose, Lähmungen, Epilepsie, Krampfanfälle, Gleichgewichtsstörungen, Kopfschmerzen, Migräne, Demenz, Nervenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.14. der Psyche 5 bzw. 10 Jahre (je Gesellschaft*) (z.B. Angststörung, Depressionen, psychosomatische Störungen, Magersucht, Bulimie, Schlafstörungen, Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Schizophrenie, Suizidversuch, chronische Müdigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 2 bzw. 5 Jahren (je Gesellschaft*) regelmäßig (täglich, wöchentlich, monatlich) apothekenpflichtige Medikamente zu sich (z.B. Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 bzw. 10 Jahren (je Gesellschaft*) Drogen oder Betäubungsmittel (z.B. Cannabis, Ecstasy, Heroin) ein oder wurden Sie aufgrund der Folgen dieses Konsums beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 bzw. 10 Jahren (je Gesellschaft*) regelmäßig Alkohol zu sich oder wurden Sie aufgrund der Folgen dieses Konsums beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> keine	Anzahl: _____
9. Bestehen Behinderungen (auch angeborene), geistige/psychische Beeinträchtigungen oder sonstige Störungen (z.B. Wehrdienstbeschädigung, Grad der Behinderung, Minderung der Erwerbsfähigkeit angeben)?	<input type="checkbox"/> Grad der Behinderung: _____	<input type="checkbox"/>
10. Bestehen oder bestanden bei Ihnen bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie, Melanom, Zysten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Weitere allgemeine Angaben		
12.1. Haben Sie in den letzten 12 Monaten aktiv (E-)Zigaretten, (E-)Zigarren, Zigarillos, (E-)Pfeife geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2. Betreiben Sie in Ihrer Freizeit gefährliche Sportarten (z.B. Motorsport, Kampfsport, Wassersport, Reiten, Tauchen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt von zusammengerechnet mehr als 3 Monate außerhalb Europa? Wenn, ja wie lange, wohin und aus welchem Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzende Angaben zu den Gesundheitsangaben

zu Frage	Art der Krankheiten (Diagnosen), Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen, Grund und Prozentsatz der Behinderungen, Anomalien, Operationen, Medikamente und Dosierung.	Ambulante Behandlungen von - bis	Stationäre Behandlungen von - bis	Arbeitsunfähigkeit von - bis	Behandlungs- bzw. Beschwerdefrei Ja, seit MMJJ Nein	Ausgeheilt Ja Nein	Name u. Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Gesundheitsfragen
Abfragezeiträume**

	stationäre Behandlung/ Operationen	Krankheiten/Beschwerden	Medikamente	Einnahme von Drogen / Betäubungsmitteln	Suchterkrankung / -behandlung	Psychotherapie
Gesellschaft						
Allianz	10	5	aktuell	10	10	5
Alte Leipziger	10	5	5	5	10	5
ARAG	10	5	1	10	10	10
AXA	10	5	5	5	10	5
Barmenia	10	5	aktuell	10	10	5
Basler	10	5	5	10	10	5
Canada Life	10	5	./.	10	10	5
Concordia oeco	5	5	5	5	5	5
Condor	5	5	5	5	5	5
Continental	5	5	5	10	10	10
DANV	10	5	5	10	10	5
DBV	10	5	5	5	10	5
Debeka	10	5	5	5	5	5
Delta Direkt	10	5	5	10	10	10
DAV	10	5	5	5	10	5
DEVK	10	5	5	10	10	10
Dialog	10	5	5	5	5	5
die Bayerische	10	5	5	10	10	5
DLVAG	10	5	aktuell	10	10	5
ERGO	10	5	2	./.	5	5
Europa	10	5	5	5	5	5
Generali	5	5	5	5	5	5
Gothaer	10	5	5	5	5	5
Hannoversche Leben	10	5	5	5	5	5
HanseMercur	10	5	5	5	10	10
HDI	10	5	./.	10	10	5
Helvetia	10	5	./.	10	10	5
Iduna	10	5	1	10	10	5
Inter	10	5	5	10	10	10
InterRisk	10	5	5	5	5	5
LV 1871	10	5	5	10	10	10
Münchener Verein	10	5	aktuell	5	5	5
neue leben	5	5	5	5	5	5
Nürnberger	5	5	1	5	5	5
Provinzial Rheinland	5	5	5	5	5	5
R+V	10	5	5	5	5	10
Standard Life	10	5	./.	10	10	5
Stuttgarter	5	5	5	5	5	5
Swiss Life	10	5	5	10	10	5
uniVersa	10	5	5	5	10	10
VHV	5	5	5	5	5	5
VolkswahlBund	10	5	5	5	5	10
VPV	10	5	aktuell	10	10	10
Württembergische	10	5	2	10	10	5
WWK	5	5	5	5	5	5
Zurich Dt. Herold	10	5	5	10	10	10
Zurich Life	10	5	10	5	5	10