

**Biometrische Risikoerfassung**

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

Derzeitige berufliche Tätigkeit:

Haben Sie eine akademische Ausbildung?

Sind Sie bei Ausübung Ihrer Tätigkeit besonderen Gefahren (z. B. Sprengstoff, Strahlen, gefährliche Stoffe) ausgesetzt?

Falls ja, welchen:

Bei Studenten/Hochschulabsolventen: Welches Hauptstudienfach?:

Studium in den letzten 24 Monaten abgeschlossen?

Freizeit:

Üben Sie Aktivitäten mit einem höheren Verletzungsrisiko aus als bei Breitensportarten üblich (z. B. Motorradfahren, Wintersport, Klettern/Bergsport, Tauchen, Reiten, Motorsport, Fliegen)?

Falls ja, welche?

Auslandsaufenthalte:

Beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten länger als 6 Monate im außereuropäischen Ausland aufzuhalten?

Falls ja: Wo? Wann? Wie lange?

Ihre Gesundheitsangaben

Wie groß sind Sie?

cm.

Wie schwer sind Sie?

kg.

**Die Fragen über die letzten 5 Jahre:**

1. Waren Sie aus gesundheitlichen Gründen **mehr als 14 Kalendertage** durchgehend nicht in der Lage, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben?
2. Waren Sie wegen Beschwerden oder Krankheiten des **Rückens**, des **Bewegungsapparates**, der **Psyche**, des **Herzens** oder des **Kreislaufs** in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten, Psychologen oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten?

**Aktueller Gesundheitszustand:**

1. Haben Sie eine oder mehrere der folgenden **Erkrankungen** oder **Beschwerden**?

- Unfallverletzung (z. B. Knochenbrüche)
- Allergie (z. B. Heuschnupfen, Lebensmittelallergie)
- Erkrankung der Haut (z. B. Neurodermitis)
- Erkrankung der Augen (z. B. grauer oder grüner Star, Fehlsichtigkeit ab 6 Dioptrien)
- Erkrankung der Ohren (z. B. Hörstörung, Tinnitus)

2. Werden Ihnen derzeit verschreibungspflichtige Medikamente verordnet?

*Darunter fallen alle Arten von verschreibungspflichtigen Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z. B. Tabletten, Spritzen).*

Falls ja, welche:

**Gesundheitsangaben der letzten 5 Jahre:**

Waren Sie bei **Ärzten** oder **Therapeuten** (z. B. Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Heilpraktikern in Behandlung, Untersuchung oder Beratung? (Nicht zu berücksichtigen sind: Arztbesuche wegen akuter Erkältungskrankheiten, akute Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/Geburt.)

Falls ja: Sind folgende Bereiche betroffen? (Bitte jede Frage einzeln beantworten, Zutreffen ein Häken setzen)

- a) **Sinnesorgane** (z. B. Netzhautablösung, Sehnerv-Entzündung, Hörsturz)
- b) **Allergien\*** (z. B. allergisches Asthma, Nahrungsmittelallergien, Kontaktallergien)
- c) **Blut** (z. B. Bluter, Eisenmangelanämie)
- d) **Herz, Kreislauf** (z. B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, ärztl. diagnostizierter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündung)
- e) **Atmungsorgane** (z. B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma)
- f) **Verdauungsorgane** (z. B. Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber)
- g) **Harn, Geschlechtsorgane** (z. B. Nieren, Blase, Unterleib, Brust, Geschlechtskrankheiten)
- h) **Haut** (z. B. Ekzeme, Hautkrebs)
- i) **Infektionen** (z. B. Tuberkulose, Malaria)

- j) **Bewegungsapparat** (z. B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskus, Bänderverletzung, Gelenkrheumatismus)
- k) **Stoffwechsel** (z. B. Diabetes, erhöhtes Cholesterin von mehr als 250 mg/dl bzw. 6,47 mmol/l, Schilddrüsenerkrankungen)
- l) **Psyche, Gehirn, Nervensystem** (z. B. Depressionen, Bulimie, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Migräne)

**Die Fragen beziehen sich auf die letzten 10 Jahre:**

(Nicht zu berücksichtigen sind: Operationen ohne Komplikationen und Folgen am Blinddarm, den Mandeln oder der Nasenscheidewand, Maßnahmen in der Reproduktionsmedizin. Unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, akute Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, zahnärztliche Behandlungen, komplikationslose Schwangerschaft/Geburt)

- 4. Wurden Sie operiert oder ist eine Operation in den nächsten 12 Monaten geplant?
- 5. Waren Sie in in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen?

**Ergänzende Gesundheitsfragen:**

6. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

- a) Ich wurde in den letzten 10 Jahren wegen Alkoholgenuß ärztlich beraten oder behandelt.
- b) Ich wurde in den letzten 10 Jahren wegen des Konsums von Drogen oder Betäubungsmittel ärztlich beraten oder behandelt.
- c) Ich beziehe eine Rente wegen Unfall oder Erkrankung.
- d) Ich habe eine Berufskrankheit oder einen Grad der Schädigungsfolgen (GdS).
- e) Ich habe eine anerkannte Behinderung.
- f) Ich habe eine angeborene Erkrankung.
- g) Bei mir wurde eine Krebserkrankung festgestellt.
- h) Bei mir wurde eine IV-Infektion festgestellt.

**Sind Sie Nichtraucher?**

Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv nicht geraucht hat und auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen. Rauchen meint dabei zum einen das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen. Zum anderen fällt unter das Rauchen auch die Verwendung elektrischer Verdampfer, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen sowie die Verwendung von Wasserpfeifen (zum Beispiel Shisha).

Sofern Sie eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet haben bitten wir Sie die entsprechenden Fragebögen auszufüllen oder eine entsprechenden persönliche Stellungnahme beizufügen.

- Anlagen liegen bei       Anlagen werden nachgereicht

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person

Hier haben Sie die Möglichkeit weitere Informationen zu den gemachten Angaben zu machen.