

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Der Fairsicherungsladen GmbH

Waldstr. 65 • 76133 Karlsruhe

Tel.: 0721/35 83 69

Fax: 0721/35 83 76

anfrage@fair-ka.de

http://www.derfairsicherungsladen.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<p><b>Wichtiger Hinweis:</b> Die folgenden Fragen sind sehr wichtig für die grundsätzliche Einschätzung der Versicherbarkeit und der Wahl des Versicherers bzw. Produktes. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen deshalb <b>sehr genau! Probleme</b> bei der Beantragung und auch im Leistungsfall <b>können somit vermieden werden!</b> Da die Versicherer unterschiedliche Zeiträume abfragen, <b>sollten die Fragen hier ohne zeitliche Befristung</b> angegeben werden</p>	<p>In <b>jedem Fall</b> sind jedoch</p> <p><input type="checkbox"/> bei <b>ambulanten</b> Behandlungen die letzten</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> bei <b>stationären</b> Behandlungen die letzten</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> bei <b>psychologischen</b> Behandlungen die letzten</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre</p> <p><b>relevant und anzugeben!</b></p>
<p><b>Name der zu versichernden Person</b></p>	<p><input type="checkbox"/> identisch mit Versicherungsnehmer s. o.</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Name: <input type="text"/></p>
<p><b>1. Allgemeine Fragen:</b></p>	
<p>1.1. Geburtsdatum:</p>	<p><input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/></p>
<p>1.2. Körpergröße:</p>	<p><input type="text"/> cm</p>
<p>1.3. Gewicht:</p>	<p><input type="text"/> kg</p>
<p>1.4. Beruf:</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>1.5. Sind Sie in Ihrem <b>Beruf</b> (Strahlen, Chemikalien, Gase, usw.) oder beim <b>Sport bzw. Hobby</b> (Kampfsport, Bergsteigen, Tauchen, Reiten, Motorsport, Luftfahrt, usw.) <b>besonderen Gefahren</b> ausgesetzt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Angaben:</p> <p><input type="text"/></p>
<p><b>2. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden...</b></p>	

**/ Gesundheits-Check / Seite 2/7**

2.1. des Herzens oder der Kreislauforgane?

nein  ja wenn **ja**, welche?

Behandlung:  ambulant  stationär

von  bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.2. der Atmungsorgane?

nein  ja wenn **ja**, welche?

Behandlung:  ambulant  stationär

von  bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.3. der Verdauungsorgane?

nein  ja wenn **ja**, welche?

Behandlung:  ambulant  stationär

von  bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.4. der Harn- oder Geschlechtsorgane?

nein  ja wenn **ja**, welche?

Behandlung:  ambulant  stationär

von  bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.5. des Gehirns, Rückenmarks, allg. Nerven?

nein  ja wenn **ja**, welche?

Behandlung:  ambulant  stationär

von  bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.6. der Augen?

nein  ja wenn **ja**, welche?

Behandlung:  ambulant  stationär

von  bis

aktuelle Dioptrienzahl:

links:  rechts:

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

**/// Gesundheits-Check / Seite 3/7**

2.7. der Ohren?

nein  ja wenn **ja**, welche?

Behandlung:  ambulant  stationär

von  bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.8. der Haut, Drüsen, Milz, Allergien?

nein  ja wenn **ja**, welche?

Behandlung:  ambulant  stationär

von  bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.9. wegen Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, anderer Blutwerte, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse?

nein  ja wenn **ja**, welche?

Behandlung:  ambulant  stationär

von  bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.10. wegen Geschwülsten/Tumoren?

nein  ja wenn **ja**, welche?

Behandlung:  ambulant  stationär

von  bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.11. der Knochen und Gelenke

- auch Wirbelsäule und Bandscheiben?

nein  ja wenn **ja**, welche?

Behandlung:  ambulant  stationär

von  bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.12. wegen akuter oder chronischer Infektions-, Geschlechts- oder Tropenkrankheiten?

nein  ja wenn **ja**, welche?

Behandlung:  ambulant  stationär

von  bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

<p>2.13. der Psyche  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b>, welche?  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>                 Behandlung: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär</p>	<p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/>                  letztes Untersuchungsergebnis:  <input type="checkbox"/> völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  <input type="checkbox"/> weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /                  Einnahme von Medikamenten:  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div></p>
<p>2.14. wegen sonstiger Krankheiten, Gebrechen, körperlicher Fehler oder Beschwerden, nach denen bis jetzt nicht ausdrücklich gefragt wurde?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b>, welche?  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>                 Behandlung: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär</p>	<p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/>                  letztes Untersuchungsergebnis:  <input type="checkbox"/> völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  <input type="checkbox"/> weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /                  Einnahme von Medikamenten:  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div></p>
<p><b>3. Zusatzfragen für Frauen:</b></p>	
<p>3.1. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden der weiblichen Organe?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b>, welche?  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>                 Behandlung: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär</p>	<p><input type="checkbox"/> entfällt                  von <input type="text"/> bis <input type="text"/>                  letztes Untersuchungsergebnis:  <input type="checkbox"/> völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  <input type="checkbox"/> weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /                  Einnahme von Medikamenten:  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div></p>
<p>3.2. Besteht aktuell eine Schwangerschaft?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn <b>ja</b>, in welchem Schwangerschaftsmonat befinden Sie sich?  <input type="text"/> Monat</p>
<p>3.3. Sind vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn <b>nein</b>, bitte nähere Angaben zu den aufgetretenen Komplikationen:  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div></p>
<p><b>4. Zahnstatus:</b></p>	
<p>4.1. Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne)?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn <b>ja</b>, wieviele?  <input type="text"/> Stück                  Lückenschluss: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>4.2. Wurden Zähne ersetzt bzw. überkront?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn <b>ja</b>, wieviele?  <input type="text"/> Stück                  wann?  <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div></p>
<p>4.3. Besteht eine Zahnbettterkrankung oder Zahnbettfehlstellung?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Infos.  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div></p>

4.4. Werden derzeit Zahnbehandlungen zur Zahn- und Kieferregulierung, wegen Parodontose oder Zahnersatz durchgeführt, oder sind solche notwendig, angeraten, oder beabsichtigt?

nein  ja wenn **ja**, welche?

von  bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden  
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

### 5. Allgemeine Fragen:

5.1. Sind Sie mit Medikamenten behandelt worden

nein  ja

Wenn **ja**, mit welchen Medikamenten?

weshalb?

wann?

5.2. Nahmen oder nehmen Sie Drogen oder andere Betäubungsmittel?

nein  ja

Wenn **ja**, welche?

seit wann?

5.3. Rauchen Sie?

- nein  ja  
 nein, seit mindestens 12 Monaten nicht mehr  
 nein, seit mindesten 10 Jahren nicht mehr  
 nein, noch nie

Wenn **ja**, wie viel täglich?

- Zigaretten  E-Zigaretten  
  Zigarillos  Verdampfer etc.  
  Zigarren  
  (Wasser-) Pfeife

5.4. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Alkohol zu sich (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres)?

nein  ja

Wenn **ja**, in welchem Umfang?

5.5. Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen?

nein  ja

Wenn **ja**, wann?

5.6. Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?

nein  ja

Wenn **ja**, bitte nähere Angaben und verbliebene Gesundheitsschädigung nennen:

5.7. Besteht eine Erwerbsminderung nach dem Schwerbehindertengesetz?

nein  ja

Wenn **ja**, zu wieviel %?

%

5.8. Sind Sie in den letzten 10 Jahren operiert worden?

nein  ja

Wenn **ja**, weshalb?

wann?

<p>5.9. Ist eine Operation vorgesehen oder angeraten?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn <b>ja</b>, weshalb?  <input type="text"/>  wann?  <input type="text"/></p>
<p>5.10. Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt oder untersucht worden?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn <b>ja</b>, weshalb?  <input type="text"/>  wann?  <input type="text"/></p>
<p>5.11. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p><b>6. Ärzte:</b></p>	
<p>6.1. Hausarzt (Name und Anschrift)</p>	<p><input type="text"/>  Behandler zu den Fragen Nr.:  <input type="text"/></p>
<p>6.2. Durch welche Ärzte, Therapeuten oder sonstigen Behandler wurden Sie zu den oben angegebenen Fragen behandelt?   Sofern nötig, Beiblatt nutzen!</p>	<p>Frage Nummer(n): <input type="text"/>  Arzt/Behandler (Name und Anschrift)  <input type="text"/>   Frage Nummer(n): <input type="text"/>  Arzt/Behandler (Name und Anschrift)  <input type="text"/>   Frage Nummer(n): <input type="text"/>  Arzt/Behandler (Name und Anschrift)  <input type="text"/></p>
<p>6.3. Wurden Sie von anderen Ärzten, Therapeuten oder sonstigen Behandlern (außer den oben genannten) in den letzten 5 Jahren behandelt, untersucht oder beraten?</p>	<p>Frage Nummer(n): <input type="text"/>  Arzt/Behandler (Name und Anschrift)  <input type="text"/></p>
<p>6.4. In welchen Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen sind Sie untersucht oder behandelt worden?</p>	<p>Frage Nummer(n): <input type="text"/>  Krankenhaus (Name und Anschrift)  <input type="text"/>   Frage Nummer(n): <input type="text"/>  Krankenhaus (Name und Anschrift)  <input type="text"/></p>

<p><b>7. Sonstige Hinweise, Bemerkungen</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>
<p><b>Risikorelevante Fragen und Belehrung</b></p>	<p>Bei den Fragen handelt es sich um Fragen zu Ihrer persönlichen Risikosituation. Sie bilden die Basis der Beratung.</p> <p>Unvollständige und unrichtige Angaben lassen nur eine eingeschränkte Analyse zu und führen evtl. zu einer falschen Auswahl des Versicherungsschutzes. Bitte informieren Sie uns daher unbedingt, wenn sich Änderungen ergeben oder Fragen versehentlich falsch bzw. nicht beantwortet wurden.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
<p><b>Interne Notizen</b></p> <p>Mitarbeiter: <input type="text"/></p> <p>Datum : <input type="text"/></p> <p>Uhrzeit: Von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung    <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung</p> <p><input type="checkbox"/> im Maklerbüro            <input type="checkbox"/> beim Kunden</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev008 vom 14.05.2021</p>	

**Erklärung**

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift