

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>Wichtiger Hinweis: 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 sehr genau! Probleme bei der Beantragung und auch im Leistungsfall können somit vermieden werden! Da die Versicherer unterschiedliche Zeiträume abfragen, sollten die Fragen hier ohne zeitliche Befristung angegeben werden</p>	<p>In jedem Fall sind jedoch</p> <p><input type="checkbox"/> bei ambulanten 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 stationären 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 psychologischen Behandlungen die letzten</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre</p> <p>relevant und anzugeben!</p>
<p>Name der zu versichernden Person</p>	<p><input type="checkbox"/> identisch mit Versicherungsnehmer s. o.</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Name: <input type="text"/></p>
<p>1. Allgemeine Fragen:</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 Beruf (Strahlen, Chemikalien, Gase, usw.) oder beim Sport bzw. Hobby (Kampfsport, Bergsteigen, Tauchen, Reiten, Motorsport, Luftfahrt, usw.) besonderen Gefahren ausgesetzt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, bitte nähere Angaben:</p> <p><input type="text"/></p>
<p>2. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden...</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 ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Behandlung: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär</p>	<p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> <p>letztes Untersuchungsergebnis: <input type="checkbox"/> völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden <input type="checkbox"/> weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /</p> <p>Einnahme von Medikamenten:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<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 ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Behandlung: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär</p>	<p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> <p>letztes Untersuchungsergebnis: <input type="checkbox"/> völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden <input type="checkbox"/> weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /</p> <p>Einnahme von Medikamenten:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3. Zusatzfragen für Frauen:</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 ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Behandlung: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär</p>	<p><input type="checkbox"/> entfällt</p> <p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> <p>letztes Untersuchungsergebnis: <input type="checkbox"/> völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden <input type="checkbox"/> weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /</p> <p>Einnahme von Medikamenten:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.2. Besteht aktuell eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, 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 nein, bitte nähere Angaben zu den aufgetretenen Komplikationen:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4. Zahnstatus:</p>	
<p>4.1. Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, 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 ja, wieviele? <input type="text"/> Stück wann? <input type="text"/></p>
<p>4.3. Besteht eine Zahnbettterkrankung oder Zahnbettfehlstellung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, bitte nähere Infos.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

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 ja, 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 ja, 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>6. Ärzte:</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>

7. Sonstige Hinweise, Bemerkungen	
Risikorelevante Fragen und Belehrung	<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>
Interne Notizen	<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 <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/> </p>
Rev008 vom 14.05.2021	

Erklärung

 Unterschrift