

# Fragebogen

## Gesundheitsfragen

---

**Antragsteller**Name, Vorname **Versicherte Person** (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)Name, Vorname 

**1) Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und / oder medizinischen Einrichtungen wegen des Herz / Kreislauf- und / oder Gefäßsystems?**

(z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzmuskelerkrankung, Herzrhythmusstörung, Schlaganfall, Durchblutungsstörung, Thrombose)

ja  nein

Wenn JA, handelte es sich ausschließlich um zu niedrigen Blutdruck oder Krampfadern der Beine?

(Besenreißer, Varizen)

ja  nein

Wenn NEIN, bitte machen Sie ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen?

(z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert usw.?)

---

  

**2) Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/ Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und / oder medizinischen Einrichtungen wegen des Stoffwechsels?**

(z. B. Erhöhung der Blutfette, Diabetes mellitus, Schilddrüsenfunktionsstörung)

ja  nein

Wenn JA, handelte es sich ausschließlich um Schilddrüsenunterfunktion?

ja  nein

Wenn NEIN, bitte machen Sie ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen.

(z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert usw.?)

**3) Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und / oder medizinischen Einrichtungen wegen einer Tumorerkrankung?**

(z. B. Krebs, bösartige Neubildung, Leukämie, Schilddrüsenknoten, Brustknoten, Hautknoten, Adenome)

ja  nein

Wenn JA, handelte es sich ausschließlich um ein Lipom, oder gutartige Muttermale/Warzen?

ja  nein

Wenn NEIN, bitte machen Sie ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen.

(z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert usw.?)

---

**4) Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und / oder medizinischen Einrichtungen wegen des Blutes und / oder der blutbildenden Organe?**

(z. B. Blutarmut, Blutbildungsstörungen, Milzvergrößerung, Gerinnungsstörungen)

ja  nein

Wenn JA, bitte machen Sie ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen?

(z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert usw.?)

---

**5) Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und / oder medizinischen Einrichtungen wegen der Atemwege?**

(z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoesyndrom, COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), Funktionseinschränkung der Lunge)

ja  nein

Wenn JA, handelte es sich ausschließlich um akute Erkältungskrankheiten, grippalen Infekt, akute Bronchitis, akute Mandel-/Kehlkopf- oder Nebenhöhlenentzündung?

ja  nein

Wenn NEIN, bitte machen Sie ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen.

(z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert usw.?)

---

**6) Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und / oder medizinischen Einrichtungen wegen der Verdauungsorgane (z. B. Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse)?**

(z. B. Lebervergrößerung, Blut im Stuhl, Magengeschwür, Leberentzündung, Fettleber, Entzündungen: des Darms, der Bauchspeicheldrüse, der Speiseröhre)

ja  nein

Wenn JA, handelte es sich ausschließlich um akute Magen-/Darminfekte, akute Gastritis, Gallensteine, Hämorrhoiden, Sodbrennen oder Blinddarmentzündung/-entfernung?

ja  nein

Wenn NEIN, bitte machen Sie ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen.

(z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert usw.?)

**7) Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und / oder medizinischen Einrichtungen wegen der Nieren, Harn-/Geschlechtsorgane?**

(z. B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Prostataentzündung, Nierensteine, Blut- oder Eiweißausscheidung im Urin, Zysten, erhöhte Nierenwerte, Unterleibsentzündung)

ja  nein

Wenn JA, handelte es sich ausschließlich um akuten Harnwegsinfekt/Blasenentzündung?

ja  nein

Wenn NEIN, bitte machen Sie ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen.

(z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert usw.?)

**8) Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und / oder medizinischen Einrichtungen wegen einer chronischen Infektion?**

(z. B. chronische Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Unterleibsentzündung)

ja  nein

Wenn JA, handelte es sich ausschließlich um folgenlos ausgeheilte „Kinderkrankheiten“ (z. B. Windpocken, Scharlach, Röteln, Mumps, Masern) oder grippalen Infekt?

ja  nein

Wenn NEIN, bitte machen Sie ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen.

(z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert usw.?)

**9) Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und / oder medizinischen Einrichtungen wegen des Nervensystems und Gehirns?**

(z. B. Epilepsie, Lähmungen, Multiple Sklerose, behandlungsbedürftige Migräne oder Kopfschmerzen, über dreimal im Monat, Schwindel, Gehirnverletzung)

ja  nein

Wenn JA, bitte machen Sie ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen.

(z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert usw.?)

**10) Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und / oder medizinischen Einrichtungen wegen der Psyche?**

(z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand/Erschöpfung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burnout-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch)

ja  nein

Wenn JA, bitte machen Sie ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen.

(z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert usw.?)

Hiermit bestätige ich, die Fragen vollständig nach bestem Wissen und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und dass keine Informationen zurückgehalten wurden, die die Einschätzung oder Akzeptanz des Antrages beeinflussen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass dieses Formular Bestandteil des Versicherungsantrages ist und dass ein Verstoß gegen die Verpflichtung alle bekannten Fakten offenzulegen, zu einer Aufhebung des Vertrages führen kann.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Antragstellers