

Gesundheits-Check Allgemein

Beratung durch:
 Lieblingsmakler GmbH & Co.KG
 Markt 4 • 07743 Jena
 Tel.: 03641 / 384510 • Fax: 03641 / 3845110
 info@lieblingsmakler-jena.de
 http://www.lieblingsmakler-jena.de

<p>Wichtige Hinweise: 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>Für Fragen die mit ja beantwortet werden, stehen weitere PDF-Dateien zum Download bereit (🔗 anklicken).</p>	<p>In jedem Fall sind jedoch</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> die letzten 5 Jahre (bei ambulanten Behandlungen) <input checked="" type="checkbox"/> die letzten 10 Jahre (bei stationären und psychologischen Behandlungen) <p>relevant und anzugeben!</p>
<p>Name der zu versichernden Person</p>	<p>Name:</p>
<p>1. Allgemeine Fragen:</p>	
<p>1.1. Geburtsdatum:</p>	<p>. .</p>
<p>1.2. Körpergröße:</p>	<p>cm</p>
<p>1.3. Gewicht:</p>	<p>kg BMI</p>
<p>1.4. Beruf:</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="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Wenn ja, bitte nähere Angaben:</p> <div style="background-color: #e0f0ff; height: 30px; width: 100%;"></div>

2. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden...

2.1. des Herzens oder der Kreislauforgane?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

- Herz- und Kreislauferkrankungen
- Herzschrittmacherbehandlung
- Bluthochdruck

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

2.2. der Atmungsorgane?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

- Asthma Allergien Lungenkrankheiten
- Lungentuberkulose
- Rippenfellentzündung

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

2.3. der Verdauungsorgane?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

- Magen- und Zwölffingerdarmerkrankung

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

2.4. der Harn- oder Geschlechtsorgane?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

- Harnwegs- und Nierenerkrankungen

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

2.5. des Gehirns, Rückenmarks, allg. Nerven?

nein ja wenn ja, welche?

[Empty text box for symptoms]

Behandlung: ambulant stationär

- Kopfbereich allgemein Kopfschmerzen und Migräne
- Wirbelsäulenerkrankung
- Nerven- und Gemütskrankung Epilepsie

von [] bis []

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

[Empty text box for medication]

2.6. der Augen?

nein ja wenn ja, welche?

[Empty text box for symptoms]

ambulant stationär

- Augenerkrankungen

von [] bis []

aktuelle Dioptrienzahl:

links: []

rechts: []

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

[Empty text box for medication]

2.7. der Ohren?

nein ja wenn ja, welche?

[Empty text box for symptoms]

Behandlung: ambulant stationär

- Ohrenerkrankung
- Kopfbereich allgemein

von [] bis []

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

[Empty text box for medication]

2.8. der Haut, Drüsen, Milz, Allergien?

nein ja wenn ja, welche?

[Empty text box for symptoms]

Behandlung: ambulant stationär

- Hauterkrankungen
- Allergien

von [] bis []

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

[Empty text box for medication]

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

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulanz stationär

[Zuckerkrankheit](#) [Bluthochdruck](#)

[Schilddrüsenerkrankung](#) [Zuckerkrankheit](#)

[Leber- und Gallenerkrankung](#)

[Krampfadern und Venenerkrankungen](#)

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

2.10. wegen Geschwülsten/Tumoren?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulanz stationär

[sonstige Erkrankung](#)

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

2.11. der Knochen und Gelenke - auch Wirbelsäule und Bandscheiben?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulanz stationär

[Verletzungen](#) [Wirbelsäulenerkrankung](#)

[Knieerkrankungen](#) [Rheumatismus](#)

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

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

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulanz stationär

[Harnwegs- und Nierenerkrankungen](#)

[Frauenkrankheiten](#) [sonstige Erkrankung](#)

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

2.13. der Psyche

nein ja wenn ja, welche?

[Empty text box for response]

Behandlung: ambulant stationär

[Psychosomatischer Beschwerdekomplex](#)

von [] bis []

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

[Empty text box for medication details]

2.14. wegen sonstiger Krankheiten, Gebrechen, körperlicher Fehler oder Beschwerden, nach denen bis jetzt nicht ausdrücklich gefragt wurde?

nein ja wenn ja, welche?

[Empty text box for response]

Behandlung: ambulant stationär

[sonstige Erkrankung](#) [Verletzungen](#)

von [] bis []

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

[Empty text box for medication details]

3. Zusatzfragen für Frauen:

entfällt

3.1. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden der weiblichen Organe?

nein ja wenn ja, welche?

[Empty text box for response]

Behandlung: ambulant stationär

[Frauenkrankheiten](#)

von [] bis []

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
- weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:

[Empty text box for medication details]

3.2. Besteht aktuell eine Schwangerschaft?

nein ja

Wenn ja, in welchem Schwangerschaftsmonat befinden Sie sich?

[] Monat

3.3. Sind vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen?

nein ja

Wenn nein, bitte nähere Angaben zu den aufgetretenen Komplikationen:

[Empty text box for complications]

4. Allgemeine Fragen:

4.1. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente ein (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament; auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?

nein ja

Wenn **ja**, mit welchen Medikamenten?

weshalb?

wann?

4.2. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen zu sich genommen?

nein ja

Wenn **ja**, welche?

seit wann?

4.3. Rauchen Sie?

nein ja

Wenn **ja**, wie viel täglich?

- Zigaretten
- Zigarillos
- Zigarren
- (Wasser-) Pfeife

4.4. 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?

4.5. Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen?

nein ja

Wenn **ja**, wann?

4.6. Haben Sie in den oben genannten Zeiträumen Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?

nein ja

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

<p>4.7. Besteht eine Erwerbsminderung nach dem Schwerbehindertengesetz?</p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<p>Wenn ja, zu wieviel %?</p> <p><input type="text"/> %</p>
<p>4.8. Ist eine Operation vorgesehen oder angeraten?</p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<p>Wenn ja, weshalb?</p> <p><input type="text"/></p> <p>wann?</p> <p><input type="text"/></p>
<p>4.9. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>
<p>5. Ärzte:</p>	
<p>5.1. Hausarzt (Name und Anschrift)</p>	<p><input type="text"/></p> <p>Behandler zu den Fragennr:</p> <p><input type="text"/></p>
<p>5.2. Welche Ärzte haben Sie zu den oben angegebenen Fragen behandelt?</p> <p>Sofern nötig, Beiblatt nutzen!</p>	<p>Frage Nummer(n): <input type="text"/></p> <p>Arzt (Name und Anschrift)</p> <p><input type="text"/></p> <p>Frage Nummer(n): <input type="text"/></p> <p>Arzt (Name und Anschrift)</p> <p><input type="text"/></p> <p>Frage Nummer(n): <input type="text"/></p> <p>Arzt (Name und Anschrift)</p> <p><input type="text"/></p>

5.3. Haben Sie andere Ärzte außer den oben genannten in den letzten 5 Jahren behandelt, untersucht oder beraten?

Frage Nummer(n):

Arzt (Name und Anschrift)

5.4. In welchen Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen sind Sie untersucht oder behandelt worden?

Frage Nummer(n):

Arzt (Name und Anschrift)

6. Sonstige Hinweise, Bemerkungen

Risikorelevante Fragen und Belehrung

Bei den Fragen handelt es sich um Fragen zu Ihrer persönlichen Risikosituation. Sie bilden die Basis der Beratung. 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.

Die Unternehmen führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Unternehmen erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die aktuell gültige Liste kann bei uns abgefordert werden.

Für die Weitergabe der Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen die Unternehmen die Einwilligung des Interessenten.

Der Interessent willigt ein, dass die Unternehmen die Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Unternehmen dies tun dürften. Soweit erforderlich, entbindet der Interessent die Mitarbeiter der Unternehmen und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3. Speicherung und Verwendung von Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag nicht zustande, speichern die Unternehmen die im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass erneut Versicherungsschutz beantragt wird.

Der Interessent willigt ein, dass die Unternehmen die Gesundheitsdaten - wenn der Vertrag nicht zustande kommt - für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Anfrage zu den oben genannten Zwecken speichern und nutzen.

4. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die Unternehmen geben grundsätzlich keine Angaben zur Gesundheit des Interessenten an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf die Gesundheit zulassen, oder nach § 203 StGB geschützte Informationen Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) eine Absicherung angeboten werden kann.

Der Interessent willigt ein, dass die Unternehmen die Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen an den für ihn zuständigen selbständigen Versicherungsvermittler übermitteln und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift des Interessenten Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (beide Elternteile oder Vormund)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Bei Minderjährigen ab 16 Jahren zusätzlich: die Unterschrift des Minderjährigen

Anlage zu Punkt 2 der Einwilligung nach dem BDSG und Schweigepflichtentbindung

Stellen:

R+V Allgemeine Versicherung AG
R+V Lebensversicherung AG
Condor Dienstleistungs-GmbH
Bayerische Beamten Lebensversicherung a.G.
die Bayerische IT GmbH

Aufgaben:

IT-Betreuung
IT-Betreuung
Angebotsprüfung und -erstellung
Risikoprüfung
sämtliche IT-Dienstleistungen und elektronische Datenverarbeitung

Kategorien von Stellen:

Dienstleister im IT-Support
Aktenarchivare/Entsorgungsunternehmen

Aufgaben:

Pflege und Wartung der IT-Systeme
Entsorgung von Dokumenten und Speichermedien