

## 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><b>Wichtige Hinweise:</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</b> werden! Da die Versicherer unterschiedliche Zeiträume abfragen, <b>sollten die Fragen hier ohne zeitliche Befristung</b> angegeben werden.</p> <p><b>Für Fragen die mit ja beantwortet werden, stehen weitere PDF-Dateien zum Download bereit (🔗 anklicken).</b></p>	<p>In <b>jedem Fall</b> sind jedoch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> die letzten 5 Jahre (bei ambulanten Behandlungen)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> die letzten 10 Jahre (bei stationären und psychologischen Behandlungen)</li> </ul> <p><b>relevant und anzugeben!</b></p>
<p><b>Name der zu versichernden Person</b></p>	<p>Name:</p>
<p><b>1. Allgemeine Fragen:</b></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 <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="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...

<p>2.1. des Herzens oder der Kreislauforgane?</p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja wenn <b>ja</b>, welche?</p> <p><input type="text"/></p> <p>Behandlung: <input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> stationär</p> <p><a href="#">Herz- und Kreislauferkrankungen</a>  <a href="#">Herzschrittmacherbehandlung</a>  <a href="#">Bluthochdruck</a></p>	<p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> <p>letztes Untersuchungsergebnis:</p> <p><input type="radio"/> völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden</p> <p><input type="radio"/> weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:</p> <p><input type="text"/></p>
<p>2.2. der Atmungsorgane?</p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja wenn <b>ja</b>, welche?</p> <p><input type="text"/></p> <p>Behandlung: <input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> stationär</p> <p><a href="#">Asthma</a> <a href="#">Allergien</a> <a href="#">Lungenkrankheiten</a>  <a href="#">Lungentuberkulose</a>  <a href="#">Rippenfellentzündung</a></p>	<p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> <p>letztes Untersuchungsergebnis:</p> <p><input type="radio"/> völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden</p> <p><input type="radio"/> weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:</p> <p><input type="text"/></p>
<p>2.3. der Verdauungsorgane?</p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja wenn <b>ja</b>, welche?</p> <p><input type="text"/></p> <p>Behandlung: <input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> stationär</p> <p><a href="#">Magen- und Zwölffingerdarmerkrankung</a></p>	<p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> <p>letztes Untersuchungsergebnis:</p> <p><input type="radio"/> völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden</p> <p><input type="radio"/> weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:</p> <p><input type="text"/></p>
<p>2.4. der Harn- oder Geschlechtsorgane?</p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja wenn <b>ja</b>, welche?</p> <p><input type="text"/></p> <p>Behandlung: <input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> stationär</p> <p><a href="#">Harnwegs- und Nierenerkrankungen</a></p>	<p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> <p>letztes Untersuchungsergebnis:</p> <p><input type="radio"/> völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden</p> <p><input type="radio"/> weiterhin Beschwerden (genaue Beschr.) / Einnahme von Medikamenten:</p> <p><input type="text"/></p>

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?

[Empty text box for response]

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:

[Empty text box for medication details]

2.10. wegen Geschwülsten/Tumoren?

nein  ja wenn **ja**, welche?

[Empty text box for response]

Behandlung:  ambulanz  stationär

- [sonstige Erkrankung](#)

von [ ] bis [ ]

letztes Untersuchungsergebnis:

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

[Empty text box for medication details]

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

nein  ja wenn **ja**, welche?

[Empty text box for response]

Behandlung:  ambulanz  stationär

- [Verletzungen](#) [Wirbelsäulenerkrankung](#)
- [Knieerkrankungen](#) [Rheumatismus](#)

von [ ] bis [ ]

letztes Untersuchungsergebnis:

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

[Empty text box for medication details]

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

nein  ja wenn **ja**, welche?

[Empty text box for response]

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:

[Empty text box for medication details]

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 <b>ja</b>, 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 <b>ja</b>, 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><b>5. Ärzte:</b></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.





