

Meine Gesundheitsangaben für die private Krankenversicherung

Die privaten Krankenversicherer stellen vor Vertragsabschluss einige Fragen, um deinen Gesundheitszustand einschätzen zu können. Diese Fragen solltest du wahrheitsgemäß beantworten, da dies maßgeblich für deinen Versicherungsschutz sein kann. Deine Angaben in diesem Bogen sind relevant für die Bewertung der Versicherer, ob bzw. zu welchen Konditionen sie dir Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung anbieten können. Da diese Bewertung von Vorerkrankungen je nach Versicherer unterschiedlich ausfallen kann, sind deine Angaben eine wesentliche Grundlage für die Auswahl geeigneter Anbieter und Tarife. Diese individuelle Betrachtung ist einer der Gründe, weshalb es in der Praxis nicht die eine beste private Krankenversicherung für alle gibt. Auch wenn die Antragsfragen der Versicherer zum Teil komplexer sein können als die nachfolgend abgebildeten Fragen, **geben uns deine Angaben in diesem Bogen eine gute Indikation. Das hilft uns sehr bei der Vorbereitung deines Termins und bei der gezielten Suche nach den besten Anbietern und Tarifen für dich.** Daher schon jetzt vielen Dank fürs Ausfüllen und Zurücksenden des Bogens :-).

Persönliche Angaben zu der zu versichernden Person



Geburtsdatum

Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person



1) Körpergröße

 cm

2) Gewicht

 kg

3) Raucher

 Ja Nein

4) **Sehhilfe** (Brille bzw. Kontaktlinsen)

 Ja Nein

↳ Wenn „ja“, bitte Dioptrienwert angeben:

links dpt

rechts dpt

5) Besteht eine **HIV-Infektion**

 Ja Nein

6) Bestehen **Krankheiten, Beschwerden** oder **Folgen von Krankheiten** bzw. **Verletzungen**?

 Ja Nein

7) Sind **Heilbehandlungen** oder **Untersuchungen** angedacht oder beabsichtigt?

 Ja Nein

absichern • finanzieren • investieren

OPTINVEST Finanzdienstleistungen e.K.
Zweigertstraße 28–30 • 45130 Essen • 0201 858 954 40 • info@optinvest.de



| | |
|---|---|
| <p>8) Besteht eine anerkannte Behinderung?</p> <p>↳ Wenn „ja“, bitte auch den vollständigen Anerkennungsbescheid in simplr hochladen</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> erledigt</p> |
| <p>9) Werden regelmäßig Arzneimittel eingenommen?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> |
| <p>10) Haben in den letzten drei Jahren ambulante Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder sonstige Therapeuten stattgefunden, oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> |
| <p>11) Haben in den letzten fünf Jahren stationäre Untersuchungen, Beobachtungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus oder Sanatorium stattgefunden?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> |
| <p>12) Wurden in den letzten zehn Jahren psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt oder angeraten?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> |
| <p>13) Haben jemals Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen eines unerfüllten Kinderwunsches stattgefunden?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> |
| <p>14) Erfolgt zurzeit eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt?</p> <p>↳ Wenn „ja“, bitte auch Heil- und Kostenplan – falls vorhanden – in simplr hochladen</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> erledigt</p> |
| <p>15) Fehlen Zähne – außer Weisheits- bzw. Milchzähnen – im natürlichen Gebiss, die nicht ersetzt sind?</p> <p>↳ Wenn „ja“, bitte Anzahl der fehlenden Zähne angeben:</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="text"/> Stk.</p> |

Gib nachfolgend bitte Einzelheiten zu allen vorstehenden Fragen an, die du mit „ja“ beantwortet hast. **Wichtig:** Für eine bestmögliche Beratung ist es notwendig, dass alle innerhalb der jeweils genannten Zeiträume erfolgten Behandlungen, Untersuchungen, Arztbesuche etc. aufgeführt werden. Sollte der Platz dafür nachfolgend nicht ausreichen, lade uns einfach ein ergänzendes Freitextdokument (bspw. eine Word-Datei) in simplr hoch.

i Folgende Informationen werden zu deinen nachfolgenden Angaben benötigt

| Komplexität | Erläuterung | Beispiele |
|-------------|--|---|
| gering | knappe Erläuterung der Erkrankung, Behandlung, Medikation etc. | - Vorsorgeuntersuchung ohne krankhaften Befund - vollständig ausgeheilte Erkältung |
| mittel | ausführlichere Erläuterung der Erkrankung, Behandlung, Medikation etc. | - medikamentös eingestellte Schilddrüsenunterfunktion: keine Formveränderung, tägliche Einnahme von 50 mg L-Thyroxin - Skoliose seit 4 Jahren beschwerdefrei und Cobb-Winkel 12° |
| hoch | ausführliche Erläuterung der Erkrankung, Behandlung, Medikation etc. und zusätzlich je nach Erkrankung/Behandlung: Arztbericht, Krankenhausentlassungsbericht, Bericht zu Nachsorgeterminen, aktuelles Blutbild etc. | - ambulante Psychotherapie, Diagnose: Anpassungsstörung, zwölf Sitzungen, Details siehe beigefügten Abschlussbericht - Blinddarmentfernung aufgrund einer Entzündung des Wurmfortsatzes, Details siehe beigefügten Krankenhausentlassungsbericht und Krankenhausnachsorgebericht |

| zu Frage Nr. | Einzelheiten (bspw. Diagnosen, Beschwerden, Behandlungen, Unfallfolgen, Medikation, zu behandelnde Zähne) | Operation (ambulant / stationär) | Behandlungszeitraum | ausgeheilt |
|--------------|--|-------------------------------------|---|-------------------------------|
| | | nein <input type="checkbox"/> | von <input type="text"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | | ja <input type="checkbox"/> | bis <input type="text"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> noch in Behandlung | ↳ seit <input type="text"/> |
| | | nein <input type="checkbox"/> | von <input type="text"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | | ja <input type="checkbox"/> | bis <input type="text"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> noch in Behandlung | ↳ seit <input type="text"/> |

Fortsetzung der Tabelle auf der Folgeseite

| zu Frage Nr. | Einzelheiten (bspw. Diagnosen, Beschwerden, Behandlungen, Unfallfolgen, Medikation, zu behandelnde Zähne) | Operation (ambulant/ stationär) | Behandlungs- zeitraum | ausgeheilt |
|--------------|--|--|--|---|
| | | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> noch in Behandlung | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↳ seit <input type="text"/> |
| | | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> noch in Behandlung | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↳ seit <input type="text"/> |
| | | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> noch in Behandlung | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↳ seit <input type="text"/> |
| | | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> noch in Behandlung | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↳ seit <input type="text"/> |
| | | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> noch in Behandlung | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↳ seit <input type="text"/> |

Sollte der Platz nicht ausreichen, lade uns einfach ein ergänzendes Freitextdokument in simplr hoch.