

# Gesundheitsbogen Leben

## Hinweis

### Erläuterung zu diesem Fragebogen

Der Gesundheitszustand, berufliche Risiken und risikoreiche Hobbys sind Kriterien, die ein Versicherer bei Antragstellung prüft, um über die Möglichkeiten eines Versicherungsschutzes zu entscheiden. Versicherer reagieren hierbei häufig unterschiedlich auf bestimmte Vorerkrankungen.

So kann es sein, dass Sie bei einem Versicherer keinen Versicherungsschutz erhalten, aber bei einem anderen Versicherer ohne Einschränkung versichert werden. Gerne prüfen wir vorab für Sie, ob und welche Anbieter Ihnen einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten.

Dafür benötigen wir jedoch von Ihnen Informationen, welche in diesem Fragebogen erfragt werden.

Darüber hinaus empfehlen wir Ihnen, bei Ihren Ärzten und Heilbehandlern Informationen über Ihre Patientenakte einzuholen.

Hierauf haben Sie einen Rechtsanspruch.

## Zu versichernde Person

Titel, Name, Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
----------------------	--------------	--

## Gesundheitsfragen

**Hinweis:** Die nachfolgenden Beispiele umfassen nicht alle möglichen und bekannten Erkrankungsbegriffe!

Körpergröße/Gewicht cm                      kg

### I. Bereich Operationen und stationäre Aufenthalte (Bei „Ja“ sind stets nähere Angaben zu machen!)

1	Fanden durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Therapeuten ambulante oder stationäre Operationen wie folgt statt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.1	<b>Ambulante Operationen</b> in den letzten <b>5 Jahren</b> (auch Entfernung von Fremdmaterial, Schönheits-OP, Augenlaserung)? <b>(Achtung: Rückfragezeitraum 10 Jahre bei Canada Life, Dialog, HDI-Gerling, LV 1871, Zurich)</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.2	<b>Stationäre Operationen</b> in den letzten <b>5 Jahren</b> (auch Entfernung von Fremdmaterial, Schönheits-OP, Augenlaserung)? <b>(Achtung: Rückfragezeitraum 10 Jahre bei Alte Leipziger, Canada Life, Dialog, AXA, Swiss Life, HDI-Gerling, InterRisk, LV1871, Zürich, Volkswohlfund)</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2	Fanden in den letzten <b>5 Jahren</b> stationäre Krankenhaus-, Rehabilitations- Kur- oder Sanatoriumsaufenthalte statt (auch stationäre Aufenthalte zur Beobachtung oder zur Erholung) <b>(Achtung: Rückfragezeitraum 10 Jahre bei Alte Leipziger, AXA, Canada Life, Dialog, HDI-Gerling, InterRisk, LV1871, SwissLife, VWB, Württembergische, Zürich)</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3	Sind Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte, Operationen, sonstige Behandlungen oder Untersuchungen (auch ambulante) in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### II. Bereich ambulante Behandlungen (Bei „Ja“ sind stets nähere Angaben zu machen!)

1	Bestehen oder bestanden in den letzten <b>5 Jahren</b> Unfallfolgen oder durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten festgestellte Krankheiten, Beschwerden oder Störungen in den folgenden Bereichen oder wurden Sie deswegen beraten, untersucht oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.1	<b>Herz und Kreislauf</b> (z. B. erhöhter Blutdruck – Werte bitte unter „Nähere Angaben“; angeborener oder erworbener Herzfehler, Herzgeräusche, Herzrhythmusstörung, Herzklappenfehler, Herzrasen, Brustschmerzen [Angina Pectoris], Herzinfarkt, Veränderungen im EKG, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Schlaganfall, Thrombose, koronare Herzkrankheit, Venenerkrankungen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.2	<b>Blut, Blutgefäße, Lymphsystem oder Milz</b> (z. B. Veränderungen des Blutbildes, Durchblutungsstörungen, Blutgerinnungsstörung, Hämorrhoiden, Krampfadern, Thrombose, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Milzvergrößerung)? <b>(Achtung: Rückfragezeitraum 10 Jahre bei Continentale)</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.3	<b>Nieren und ableitende Harnwege bzw. Geschlechtsorgane</b> (z. B. Blasen-/Nierenbeckenentzündung, Nierensteine, Nierenkolik, Eiweißausscheidungen oder Erkrankungen der Prostata, der Blase, der Gebärmutter, der Eierstöcke oder Brustdrüsen, Myome, Zysten)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.4	<b>Verdauungsorgane</b> (z. B. wiederkehrende Verdauungsstörungen, Magengeschwüre, Speiseröhrenvarizen, Ösophagitis, Magen-/Darmentzündung, wiederkehrende Durchfälle, Gallenbeschwerden, Sodbrennen, Fettleber, Beschwerden an der Bauchspeicheldrüse oder andere Magen-Darm-Erkrankungen bzw. -Beschwerden)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

1.6	<b>Achtung: Nachfolgende Frage nicht zu beantworten bei</b> Alte Leipziger, Continentale, Dialog, HDI-Gerling, InterRisk, LV 1871, Nürnberger, WWK, Zurich (für alle anderen Gesellschaften Antwort erforderlich!): Sterilität oder Fruchtbarkeitsstörung (z. B. eingeschränkte Fruchtbarkeit, Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung, unerfüllter Kinderwunsch)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.7	<b>Stoffwechsel und Drüsen</b> (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhter Cholesterinwert, erhöhte Blutfette, erhöhte Harnsäure, erhöhte Triglyceride - Werte bitte unter „Nähere Angaben“; Gicht, Erkrankungen des Stoffwechsels, der Leber, Schilddrüse oder anderer Drüsen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.8	<b>Entzündliche Gelenk- oder Bindegewebserkrankungen</b> (z. B. Arthritis, Morbus Bechterew, Rheuma, Fibromyalgie)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.9	<b>Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten</b> (z. B. Hepatitis, rheumatische Beschwerden, Borreliose, Gürtelrose, genitale Warzen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.10	<b>Gehirn, Nervensystem und/oder Rückenmark</b> (z. B. Anfälle, Bewusstseinsverlust, Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson-/Alzheimer-Krankheit, Epilepsie, Lähmungen, Sensibilitätsstörungen, Nervenentzündung, Gehirnerschütterung)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.11	<b>Rücken oder Wirbelsäule</b> (z. B. Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, wiederholte Verspannungen, WS-Syndrom, Skoliose)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.12	<b>Kniegelenke, Hüftgelenke, Schultern, Bewegungsapparat, Muskeln, Bänder oder Sehnen</b> (z. B. Arthrose, Knorpel-/Meniskus-/Bänderschaden, Knochen- und Muskelschwund, Muskel-/Sehnenriss)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.13	<b>Allergien, Erkrankungen der Haut oder Schleimhäute</b> (z. B. Heuschnupfen, Schuppenflechte, Neurodermitis, chronische Infektionskrankheiten, Ekzeme, Juckreiz, Kontaktallergie, Lebensmittelallergie oder andere allergische Reaktionen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.14	<b>Augen</b> (z. B. Entzündung, grauer oder grüner Star, Netzhautablösung, Sehstörungen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.15	<b>Ohren</b> (z. B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, Hörsturz)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>III. Weitere Gesundheitsfragen (Bei „Ja“ sind stets nähere Angaben zu machen!)</b>			
1	Erlitten Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> Unfälle, Knochenbrüche, Vergiftungen, Verstrahlungen oder Amputationen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2	Bestehen oder bestanden in den letzten <b>5 Jahren</b> durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten festgestellte Krankheiten oder Beschwerden im Bereich der Psyche (z. B. Psychotherapie, Depression, Burnout-Syndrom, Trennungsproblematik, Angstzustände, chronische Müdigkeit, Nervenzusammenbruch, Selbsttötungsversuch, Magersucht, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Neurosen, Psychosen, Verhaltensstörungen) oder wurden Sie deswegen beraten, untersucht oder behandelt? <b>(Achtung: Rückfragezeitraum 10 Jahre bei</b> Continentale, HDI, LV1871, Volkswohlfund, WWK, Zürich)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3	Wurde bei Ihnen <b>jemals</b> eine HIV-Infektion festgestellt, ist ein HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4	Wurden Sie <b>jemals</b> wegen einer Tumorerkrankung behandelt, beraten oder untersucht (z. B. Krebs, Knoten, Zysten, Leukämie, Morbus Hodgkin, Geschwülste oder andere gut- oder bösartige Neubildungen)? <b>(Achtung: Rückfragezeitraum 10 Jahre bei</b> Canada Life, Continentale, LV 1871, Skandia, WWK, Zurich; <b>Rückfragezeitraum 5 Jahre bei</b> Dialog, HDI-Gerling, InterRisk)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5	<b>Nachfolgende Frage ist nur zu beantworten bei</b> Alte Leipziger, HDI-Gerling, LV 1871 und Zurich: Besteht ein körperliches Gebrechen (z.B. Amputation), ein Organfehler oder eine angeborene Erkrankung? <b>Nur bei WWK zu beantworten:</b> Bestehen Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Hirnleistungsstörungen, Gedächtnisverlust?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6	Haben Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet (d. h. mehr als einen Monat lang täglich oder an mehr als 10 Tagen im Jahr <b>[bei WWK mehr als 2 Wochen]</b> ein gleichartiges Präparat, z. B. Retard- bzw. Depotpräparate, Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel; außer Empfängnisverhütungsmittel) oder wurden Medikamente ärztlich angeraten oder verordnet? Wenn „Ja“, bitte Art des Medikaments und Dosis unter „Nähere Angaben“. <b>Rückfragezeitraum 12 Monate bei</b> Nürnberger	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten <b>10 Jahren</b> Drogen, Betäubungs- und/oder Rauschmittel (z. B. Haschisch, Kokain)? <b>(Achtung: Rückfragezeitraum nur 5 Jahre bei</b> Alte Leipziger, AXA, Condor, Dialog, Generali, Nürnberger, Stuttgarter, Volkswohlfund, WWK)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
8	Werden oder wurden Sie in den letzten <b>10 Jahren</b> wegen der Folgen von Alkoholgenusses beraten, untersucht oder behandelt? <b>(Achtung: Rückfragezeitraum nur 5 Jahre bei</b> Alte Leipziger, AXA, Condor, Dialog, Generali, Nürnberger, Stuttgarter, Volkswohlfund, WWK)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
9	<b>Nachfolgende Frage ist nicht zu beantworten bei</b> Alte Leipziger, Continentale, HDI-Gerling, LV 1871 (bei Nürnberger nur für Risiko-LV): Rauchen Sie bzw. haben Sie in den letzten <b>12 Monaten</b> geraucht bzw. Nikotin konsumiert? Wenn „Ja“: bitte geben Sie den durchschnittlichen Konsum an. Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeifen pro Tag:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10	<b>Achtung! Nachfolgende Frage gilt nur für Frauen und ist nicht zu beantworten bei</b> Alte Leipziger, Continentale, HDI-Gerling, InterRisk, LV 1871, WWK und Zurich ( <b>Für alle anderen Gesellschaften Antwort der Frau erforderlich!</b> ): Besteht eine Schwangerschaft? Wenn „Ja“, in welcher Woche? Außerdem bitte vollständige Kopie des Mutterpasses beifügen. Schwangerschaftswoche:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

11	Werden Hilfsmittel (Bandagen, Hörhilfen, Stützapparate, orthopädische Schuhe und Einlagen, Prothesen) verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12	Besteht eine Fehlsichtigkeit (z. B. Tragen einer Brille oder von Kontaktlinsen)? Wenn „Ja“, Dioptrien rechtsseitig: Dioptrien linksseitig:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
13	Entfallen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
13.1	Entfallen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
13.2	Entfallen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
14	Welcher Arzt, Heilpraktiker, Therapeut kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben, oder haben Sie einen Hausarzt? (Bitte angeben: Name/Adresse/Tel./Fax)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>IV. Allgemeine Fragen zur persönlichen Situation</b>			
1	<b>Nachfolgende Frage ist nicht zu beantworten bei HDI-Gerling und Nürnberger:</b> Waren Sie in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig? <b>(Achtung: Rückfragezeitraum 5 Jahre/nur wenn mehr als 3 Wochen ununterbrochen bei Alte Leipziger; bei Continentale: gegenwärtige Krankschreibung mit AUBescheinigung).</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2	<b>Nachfolgende Frage ist nicht zu beantworten bei HDI-Gerling, Nürnberger:</b> Liegt bzw. lag bei Ihnen in den letzten 10 Jahren ein Tätigkeitswechsel aus gesundheitlichen Gründen vor? Wenn „Ja“, bitte Begründung angeben. <b>(Achtung: Rückfragezeitraum nur 5 Jahre bei Continentale)</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3	Sind Sie im Beruf, in der Freizeit oder im Sport besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. sämtliche Formen von Motorsportaktivitäten, Motorradfahren (auch als Beifahrer), Fallschirmspringen, Flugsport einschließlich Gleitschirmfliegen oder Hängegleiten, Kampfsport, Tauchsport, Wassersport, Hochseesegeln, Reitsport, Bergsteigen, Klettern, Skitouren, Expeditionen, Extremsportarten, Wettbewerben, Wettfahrten, Wettkämpfen, Umgang mit Waffen, Sprengstoffen, Strahlen oder gesundheitsschädlichen Stoffen)? Wenn „Ja“, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4	Beabsichtigen Sie in den nächsten <b>24 Monaten</b> einen Aufenthalt von <b>mehr als 3 Monaten</b> außerhalb der Europäischen Union? Wenn „Ja“, bitte Fragebogen für Auslandsaufenthalte beifügen. <b>(Achtung: Abfragezeitraum 24 Monate/mehr als 6 Wochen bei LV 1871; 12 Monate/mehr als 6 Monate bei HDI-Gerling, WWK; 12 Monate/mehr als 3 Monate bei Alte Leipziger, Dialog [USA und Kanada mitversichert], InterRisk, Nürnberger, Zurich; bei beruflichem Auslandsaufenthalt Zeit- und Ortsangabe, Häufigkeit und Dauer bei Continentale)</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5	Bezogen, beziehen oder beantragten Sie eine Rente oder Pension wegen Unfalls oder aus gesundheitlichen Gründen? Wenn „Ja“, bitte Rentenbescheid zur Einsichtnahme beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6	Besteht eine Pflegebedürftigkeit (Pbk), Wehrdienstbeschädigung (WDB), Erwerbsminderung (MdE), anerkannte Schwerbehinderung (GdB), Berufskrankheit (BK) oder ist ein Arbeitsunfall (AU) anerkannt? Wenn „Ja“: bitte nachfolgend ankreuzen, Prozentsatz angeben und Bescheid beifügen. <input type="checkbox"/> Pbk <input type="checkbox"/> WDB <input type="checkbox"/> MdE <input type="checkbox"/> GdB <input type="checkbox"/> BK <input type="checkbox"/> AU	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7	Wurden in den letzten <b>10 Jahren (bzw. 5 Jahren bei Continentale, Dialog, InterRisk, LV 1871, WWK)</b> Anträge/Verträge/Ansprüche im Bereich Dread Disease, Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung <b>nur zu erschwerten Bedingungen angenommen</b> (z. B. mit Ausschlussklausel, Zuschlägen), <b>zurückgestellt oder abgelehnt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.1	<b>Wenn Ja: Versicherungsart? Versicherer? Wann? Erschwerung/Grund? Höhe?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.2	Bestehen bereits Versicherungen im Bereich der Dread Disease, Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsversicherung oder sind solche beantragt? Wenn „ja“: Versicherungsart? Versicherer? Höhe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

zu Frage	Genauere Diagnose/Art der Beschwerden/evtl. Folgen/AU-Zeit	Behandlung von	bis	Beschwerdefrei seit	Welcher Behandler kann dazu Auskunft geben (Name/Adresse/Telefon/Fax)

**Datenschutzerklärung**

Ich willige ein, dass Daten aus diesem Fragebogen, insbesondere Gesundheitsdaten, beim Vermittler gespeichert und im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an Versicherer, Servicedienstleister wie z. B. der MAPWARE AG/TIGON AG übermittelt werden dürfen.

Die Einwilligung zur Datenübermittlung erstreckt sich auch auf die Übermittlung von Daten an Rückversicherer.