

FRAGEBOGEN ZUR BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Allgemeine Angaben

Name / Vorname / Geb.-Datum
Strasse / Hausnummer
PLZ / Ort
Telefon / Fax / eMail

Allgemeine Angaben zu Ihrem Beruf und Ihrer Tätigkeit

Ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	ausgeübt seit	Ausbildung / Abschluss
Arbeitgeber / Selbstständiger / Freiberufler (ggf. streichen)	Jahresbruttoeinkommen ¹	Familienstand / Kinder

¹ bei Selbstständigen Gewinn vor Steuern, bei veränderlichem Einkommen, letzte 3 Jahre angeben

Arbeiten Sie im Schichtbetrieb

Arbeiten Sie im Akkord

Sind Sie Azubi

Bitte beschreiben Sie möglichst detailliert einen typischen Arbeitstag / Ihre typische Tätigkeit nach folgendem Muster auf einem gesonderten Blatt.

Anteil am Arbeitstag in Stunden	Tätigkeit

Zusammenfassung der Tätigkeit nach Kategorien

Tätigkeit	Anteil am Arbeitstag in %	Tätigkeit	Anteil am Arbeitstag in %
Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz		praktische / körperliche Tätigkeit	
künstlerisch/kreativ		kaufmännisch / leitende Tätigkeit	
körperlich			-
Außendienst/Reisetätigkeit			-
	100%		100%

Persönliche Angaben zu Hobbies und Beruf

1a	Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit explosiblen oder radioaktiven Stoffen, Motorsport-Aktivitäten, Fallschirmspringen, Flugsport einschließlich Gleitschirmspringen oder Hängegleiten, Kampfsport, Tauchsport, Teilnahme an Reitwettbewerben oder Bergsport ausgenommen Wandern)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	NAV
1b	Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z.B. Flugrisiko; Umgang mit Chemikalien, radioaktiven Stoffen/Strahlen; Aufenthalt in Krisengebieten), bei Sport oder Hobby (z.B. Flugsport/Drachenfliegen/Fallschirmspringen, Rennfahrten, Bergsteigen, Tauchen, Extremsportarten oder sportlichen Wettbewerben) ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, ALL
1c	Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf, bei Sport oder Hobby einem Unfall- und Verletzungsrisiko ausgesetzt, z.B. Flugrisiko, Chemikalien, Radioaktive Stoffe, Strahlen, Sprengstoff, Militär, Schusswaffen, Sondereinheiten, Aufenthalt in Krisengebieten, Fallschirmspringen, Bungeejumping, Auto-/Motorrad-Rennfahrten, Bergsteigen, Expeditionen, Tauchen, Extremsportarten, Kampfsportarten, Wassersport oder organisierten sportlichen Wettbewerben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	DIA, BAS
1d	Bestehen besondere Gefahren bei Beruf, Sport oder Freizeit (z.B. Strahlen-, Explosions-, Gefahrgut-, Absturz-, Rennsport- oder Flugrisiken, Tauch-, Kampf- oder Bergsport)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	STG
2a	Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder in Krisengebieten (Erläuterung siehe Folgeseiten) vorgesehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	NAV
2b	Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate Aufenthalte von mehr als 3 Monate außerhalb Europas, der USA oder Kanada?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	DIA
2c	Planen Sie innerhalb der nächsten 6 Monate einen mehr als 6wöchigen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	STG
2d	Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate Aufenthalte von mehr als 3 Monate außerhalb Europas?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, BAS, ALL
3	Fahren Sie ein motorisiertes Zweirad (z.B. Motorrad), ein Quad oder ein Trike?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA

Angaben zu weiteren bestehenden Versicherungen

10a	Wurden in den letzten 5 Jahren Lebensversicherungen, Dread-Disease-Versicherungen (Leistung bei schwerer Erkrankung) bzw. Berufs-/Erwerbs-/Schulunfähigkeits-, Erwerbsausfal-, Pflegerenten- oder Unfallversicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder erschwert angenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	NAV, DIA, ALS
10b	Wurden Anträge von anderen Unternehmen in den letzten 5 Jahren nur mit Erschwerungen (z.B. Risikozuschlägen, Ausschlussklauseln) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt oder ist über einen gestellten Antrag noch nicht abschließend entschieden worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	STG
10c	Bitte geben Sie auch an, ob Lebens-/Berufsunfähigkeitsversicherungen (auch Zusatzversicherungen) in den letzten 5 Jahren abgelehnt, zurückgestellt oder erschwert angenommen wurden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	BAS
10d	Wurde in den letzten 10 Jahren eine Versicherung auf Ihr Leben oder für den Fall Ihrer Berufsunfähigkeit von einem Versicherer abgelehnt, zurückgestellt, mit Beitragszuschlag oder mit einer Leistungseinschränkung versehen bzw. angeboten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA
11a	Sind bei anderen Unternehmen Versicherungen auf Ihr Leben oder für den Fall Ihrer Berufsunfähigkeit abgeschlossen oder beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA
11b	Bestehen bei anderen Unternehmen Lebensversicherungen mit einer Versicherungssumme von mehr als EUR 250.000, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen (auch Zusatzversicherungen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	STG
11c	Bestehen oder bestanden für Sie Lebens-/Berufsunfähigkeitsversicherungen (auch Zusatzversicherungen) oder wurden bzw. werden solche beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	BAS
11d	Bestehen bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegeversicherungen oder wurden solche beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ALL
11e	Bestehen bereits Versicherungen auf Ihr Leben (einschließlich Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Schulunfähigkeits-, Erwerbsausfall-, Dread-Disease- oder Pflegerente) bzw. Unfallversicherungen oder wurden in den letzten 5 Jahren bzw. werden zeitgleich solche beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	NAV
12	Haben Sie für den Fall der Berufsunfähigkeit sonstige Leistungen zu erwarten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	BAS

Falls Sie eine oder mehrere der oben genannten Fragen mit „ja“ beantwortet haben, machen Sie auf einem weiteren Blatt zusätzliche Angaben oder nutzen Sie den Freiraum auf dieser Seite. Bitte geben Sie auch die Nummer der Frage an.



Persönliche Angaben zum Gesundheitszustand

Folgende Fragen sind Gesundheitsfragen aus den Anträgen der von uns vertretenen Versicherer. Die Versicherer nutzen ggf. unterschiedliche Gesundheitsfragen. Daher ist es umso wichtiger, dass Sie alle Fragen (auch wenn diese scheinbar doppelt oder in anderer Formulierung gestellt werden) wahrheitsgemäß beantworten.

In Klammern sind einige Beispiele genannt, um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern. Es handelt sich nicht um eine vollständige Auflistung. Bitte geben Sie auch Sachverhalte an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. (Evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden.)

Allgemeines

Besondere Fragen zum Gesundheitszustand / Vorerkrankungen

Bestehen derzeit oder bestanden in den **letzten 5 Jahren** Krankheiten, Funktionsstörungen, Krankheiten, medizinisch behandelte Beschwerden, Unfallfolgen oder geistige bzw. körperliche Schäden als Folgen von Krankheiten oder Verletzungen ...

21a	des Herzens, Kreislaufs, der Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Thrombose)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, NAV, DIA, STG, BAS, ALL, GEN
21b	der Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, NAV, DIA, STG, BAS, ALL, GEN
21c	der Speiseröhre, des Magens, Darms, der Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle, Milz (z. B. Magengeschwür, Darmblutung, erhöhte Leberwerte)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, NAV, DIA, STG, BAS, ALL, GEN
21d	der Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brust (z. B. Nierenbeckenentzündung, Nierensteine, Zystennieren, Blut- oder Eiweißausscheidung)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, NAV, DIA, STG, BAS, ALL, GEN
21e	des Stoffwechsels, Blutes, der Lymphknoten, Schilddrüse (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Gicht, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, NAV, DIA, STG, BAS, ALL, GEN
21f	des Gehirns, Nervensystems (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Migräne, Lähmung, chronische Schmerzen, Gangunsicherheit)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, NAV, DIA, STG, BAS, ALL, GEN
21g	der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder sowie Wirbelsäule, Bandscheiben (z. B. Bewegungseinschränkung, Gelenkfehlstellung, Meniskusriss, Bandscheibenvorwölbung, Rheuma, Fibromyalgie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, NAV, DIA, STG, BAS, ALL, GEN
21h	der Augen (z. B. Linsentrübung, Augenfehlstellung, erhöhter Augendruck, Netzhauterkrankung, Sehnervenentzündung, Fehlsichtigkeit)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, NAV, DIA, STG, BAS, ALL, GEN
21i	der Ohren (z. B. Hörminderung, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, NAV, DIA, STG, BAS, ALL, GEN
21k	der Haut oder Allergien (z. B. Abszess, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel- oder berufsbedingte Allergie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, NAV, DIA, STG, BAS, ALL, GEN
21l	gutartige Tumorerkrankungen (z. B. Zyste, Adenom)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, NAV, DIA, STG, BAS, ALL, GEN
21m	Infektionskrankheiten, Geschlechtserkrankungen, Tropenkrankheiten (z. B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Borreliose)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, NAV, DIA, STG, BAS, ALL, GEN
21n	der Psyche (z. B. Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung), Suchterkrankung (z. B. Einnahme von Drogen, Folgen von Alkoholgenuß)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, NAV, DIA, STG, BAS, ALL, GEN
21o	als Folge eines Unfalls, z.B. Vergiftungen, Verstrahlungen, Amputation oder Behinderung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	DIA, GEN
21p	der Drüsen (auch Schilddrüse; auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes (auch Gerinnungsstörungen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ALL, GEN
22	Bei Frauen: Besteht derzeit eine Risikoschwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	GEN

23a	Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ALL, GEN
23b	Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt? (z.B. durch einen AIDS-Test)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, DIA, BAS
23c	Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Krebs), erfolgte ein Selbsttötungsversuch oder wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	NAV
24	Haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre einen Selbsttötungsversuch unternommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, ALL

Erwerbsminderung

31a	Bestehen derzeit körperliche oder geistige Beeinträchtigungen (z.B. Folgen von Unfällen, Krankheiten oder Verletzungen; Amputationen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA
31b	Bestehen geistige Behinderungen oder Entwicklungsstörungen, angeboren oder erworben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	GEN
31c	Bestehen körperliche Beeinträchtigungen? Verluste oder Schäden an Gliedern oder Organen, angeboren oder erworben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	GEN
31d	Besteht ein körperliches Gebrechen, ein Organfehler, eine angeborene Erkrankung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, DIA
31e	Besteht ein Organfehler, eine angeborene Erkrankung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	BAS
31f	Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (falls erteilt auch GdB oder MdE angeben)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ALL
31g	Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Schwerbehinderung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, NAV
31h	Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen, weswegen ein Antrag auf Schwerbehinderung gestellt wird oder gestellt wurde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	STG
32a	Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Behinderungen, medizinisch behandelte Beschwerden oder geistige bzw. körperliche Schäden als Folgen von Krankheiten oder Verletzungen, die zu einer länger als 2 Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeit geführt haben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA
32b	Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	STG, ALL
32c	Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Behinderungen, medizinisch behandelte Beschwerden oder geistige bzw. körperliche Schäden als Folgen von Krankheiten oder Verletzungen, die zu einer länger als 2 Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeit geführt haben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA
32d	Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	STG, ALL
32e	Waren Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen mehr als 14 Kalendertage durchgehend nicht in der Lage, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	BAS
33a	Beziehen oder bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen, wegen eines Unfalls oder ist eine solche beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, DIA, BAS
33b	Beziehen oder bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder haben Sie eine solche in den letzten 5 Jahren beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	GEN

Medikamente und Drogen

41a	Wurden in den letzten 12 Monaten Arzneimittel (z. B. Blutdruckmittel, Asthmaspray, entzündungshemmende Medikamente, Schilddrüsentabletten) verordnet bzw. eingenommen? Welche? Wann? Wie lange?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	NAV
41b	Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie innerhalb der letzten 2 Jahre länger als 2 Wochen Medikamente? (Bitte geben Sie auch nicht verordnete Medikamente an.) Wenn ja, Name der Medikamente, wann und wie oft eingenommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA
41c	Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre regelmäßig, d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Präparat, auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel; oder wurden Ihnen welche verordnet? (Empfängnisverhütung ausgenommen.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	DIA, LLL
41d	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren – mehr als 1x wöchentlich Medikament? Retard- oder Depotpräparate?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	GEN



42a	Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Betäubungsmittel oder Drogen ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	NAV, ALL, GEN
42b	Werden Sie derzeit oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, GEN
42c	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Drogen- oder Betäubungsmittel? Werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren deswegen oder wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	STG
42d	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)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ALL
42e	Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Drogen oder Betäubungsmitteln beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	DIA
42f	Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Drogen, verschreibungspflichtige Medikamente, Betäubungs-, Suchtmittel oder werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 10 Jahre wegen der Folgen des Konsums von Alkohol beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	BAS

Ärztliche Behandlung, Operationen und Krankenhausaufenthalte

51a	Sind oder waren Sie in ambulanter Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeuten)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	BAS
51b	Sind Sie derzeit oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen in Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA
51c	Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	NAV, DIA, ALL
51d	Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in psychotherapeutischer Behandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	STG
51e	Waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen Beschwerden oder Krankheiten der Psyche, des Rückens, des Bewegungsapparats, des Herzens, des Kreislaufs oder einer Krebserkrankung in ärztlicher, physiotherapeutischer oder psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	BAS
52	Wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen einer Sucht- bzw. Abhängigkeitserkrankung ärztlich beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	BAS
53a	Erfolgten in den letzten 5 Jahren Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder haben Sie einen Unfall, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA
53b	Haben in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche beabsichtigt oder ärztlich empfohlen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA, GEN
53c	Haben in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-/Kuraufenthalte oder ambulante Operationen (z.B. Laserung der Augen, Athroskopie) stattgefunden oder sind solche für die nächsten 2 Jahre ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	STG
53d	Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kureinrichtungen untersucht, beraten, behandelt oder sind solche für die nächsten 12 Monate empfohlen oder beabsichtigt ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	DIA
53e	Wurden Sie in den letzten 10 Jahren ambulante Operationen durchgeführt, z.B. an inneren Organen, Haut, Bändern oder Augen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	DIA
53f	Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	BAS, ALL

Sonstiges

61	Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten, Zigarren oder Pfeife geraucht, Schnupftabak oder Kautabak oder sonst Nikotin aktiv zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CA
62	Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten geraucht? Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	BAS, GEN

Falls Sie eine oder mehrere der oben genannten Fragen mit „ja“ beantwortet haben oder ergänzende Angaben mitteilen wollen, machen Sie auf einem gesonderten Blatt weitere, detaillierte Angaben (Zeitpunkt, behandelnder Arzt mit Adresse etc). Bitte geben Sie auch die Nummer der Frage an.



Allgemeine Fragen zur Gesundheit

- 31 Körpergröße _____ cm
- 32 Gewicht _____ kg
- 32 Augen: Fehlsichtigkeit Links: _____ Rechts: _____
- 33 Hausarzt bzw. behandelnde Ärzte, die ggf. über Ihrem Gesundheitszustand Auskunft erteilen können (Angabe bitte mit vollständiger Adresse)

Falls Sie eine oder mehrere der oben genannten Fragen mit „ja“ beantwortet haben oder ergänzende Angaben mitteilen wollen, machen Sie auf einem gesonderten Blatt weitere, detaillierte Angaben (Zeitpunkt, behandelnder Arzt mit Adresse etc). Bitte geben Sie auch die Nummer der Frage an.

Ich habe alle Angaben besten Wissens und Gewissens gemacht.

Datum/Unterschrift

