

Personendaten (Bitte Adresse vollständig angeben!)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.		PLZ, Ort
Beruf		Berufsstatus: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> sonstiges
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		

Gewünschter Versicherungsschutz (Bitte ausfüllen, da Risikobewertung ggf. auch tarifabhängig!)

Ambulant <input type="checkbox"/> ohne SB <input type="checkbox"/> von <input type="text"/> € bis <input type="text"/> €	Zahn Behandlung <input type="text"/> % Ersatz <input type="text"/> % KFO <input type="text"/> %
Stationär <input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Mehrbett-Zimmer	Krankentagegeld KT <input type="text"/> €/Tag Karenz <input type="text"/> Tage KHT <input type="text"/> €/Tag
Vorversicherung <input type="text"/> von/bis <input type="text"/>	

Gesundheitsfragen

Körpergröße <input type="text"/>	Kg	Gewicht <input type="text"/>	Kg
A Bestanden/bestand in den letzten 3 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Fehler körperlicher Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
B Bestehen/besteht Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Fehler körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt werden) oder Pflegebedürftigkeit?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
C Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen oder aufgrund von Vorerkrankungen oder Entwicklungsstörungen medizinische Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehandlern statt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
D Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder Heilstätte statt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
E Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt, bzw. ist eine solche beabsichtigt (Suchterkrankungen gleichgestellt)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
F Besteht eine Fehlsichtigkeit?		wenn ja, Dioptrin: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
G Besteht eine Sterilität?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H Besteht eine anerkannte Behinderung? Wenn "Ja" bitte Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
I Werden bzw. wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel eingenommen (Drogen oder Betäubungsmittel gleichgestellt)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
J Bestehen chronische Leiden, organische oder körperliche Fehler (auch Kieferanomalien) oder seelische bzw. psychische Störungen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
K Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder steht noch das Test-Ergebnis offen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
L Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? In welcher Woche?		Woche <input type="text"/>	
M Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation - Stationär oder Ambulant - bei Ärzten, Heilpraktikern, Zahnärzten, Kieferorthopäden oder anderen Heilberatern notwendig, angeraten oder beabsichtigt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
N Wie viele Zähne - außer den Weisheitszähnen - fehlen und sind noch nicht ersetzt worden?		Anzahl <input type="text"/>	
O Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront? Überkronte Zähne einschließlich		Ersetzte <input type="text"/>	Stützkronen <input type="text"/>
P Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung?		Monat / Jahr <input type="text"/> <input type="text"/>	
Q Besteht eine Zahnbetterkrankung oder eine Zahnfehlstellung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
R Werden derzeit Zahnbehandlungen oder Behandlungen zur Zahn- und Kieferregulierung, wegen Parodontose oder Zahnersatz durchgeführt, oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt (mit Angaben zur Art der Behandlung und zum Behandler)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zu Frage Nr.	Art der Erkrankung oder Beschwerden, Verletzungen, Behandlungen, Kur usw. / Untersuchungsbefunde, Art der körperlichen Fehler, psychische Störungen, erforderliche Medikamente (siehe Tipps ab Seite 3)	Wie oft aufgetreten	Von Wann/ bis wann?	Operation	Liegt völlige Ausheilung vor	Seit wann? Tag/Monat/Jahr	Arbeitsunfähigkeitstage gesamt?	Name und Anschrift des Behandlers bzw. der Kranken-, Heil- oder sonstigen Anstalt
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

Sonstige Bemerkungen: