



Fragebogen zu  
**Ihrer Gesundheit**

# Fragebogen zu Ihrer Gesundheit

Bei den von Ihnen nachfolgend zu beantwortenden Fragen handelt es sich um die am häufigsten von Versicherungsgesellschaften gestellten Fragen zum Gesundheitszustand einer zu versichernden Person. Wir nutzen die von Ihnen gemachten Angaben für Anfragen an Versicherungsgesellschaften, welche unter Berücksichtigung der hier gemachten Angaben ein Angebot erstellen.

Die Beispiele in den folgenden Risikofragen sind keine abschließende Aufzählung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung.

Kommt ein Vertrag auf Grund von unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben zustande, kann der ausgewählte Versicherer Rechtsmittel anwenden (den Vertrag anpassen, kündigen, vom Vertrag zurücktreten oder anfechten; Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern).

Für eine korrekte Absicherung ist es daher besonders wichtig wahrheitsgemäß und vollständig zu antworten.

## A) Persönliche Angaben

Vorname	_____	Nachname	_____
Straße, Haus-Nr.	_____		
PLZ	_____	Ort	_____
Telefon	_____	Mobil	_____
E-Mail	_____	Geb.-Datum	_____

## B) Beruf

Aktuelle Tätigkeit	Angestellter	Selbstständiger (GRV-pflichtig)
	Angestellter, öffentlicher Dienst	Selbstständiger (Versorgungswerk)
	Arbeiter	Freiberufler
	Beamter	Freier Mitarbeiter
	Beamtenanwärter	Student
	Polizist	Lehramtsstudent
	Soldat/Bundespolizist	Auszubildender
	Praktikant	Arbeitsloser
	freiwillig Wehrdienstleistender/BFD	Nicht erwerbstätig
	Selbstständiger	Hausfrau
Berufsbezeichnung	<hr/>	

Höchste Qualifikation	Master/Diplom/Magister/ Staatsexamen/Promotion	Weiterbildung zum Techniker/ Fach-/Betriebswirt		
	Bachelor	Abgeschlossene (oder in) Berufsausbildung		
	Meisterprüfung	Sonstige <hr/>		
	keine			
Anteil Bürotätigkeit	0–39%	40–59%	60–79%	80–100%
Leitungsfunktion	keine	1–9 Mitarbeiter	10–30 Mitarbeiter	> 30 Mitarbeiter

## C) Gefahren

Sind Sie Gefahren im <b>Beruf</b> ausgesetzt? z.B. Flugrisiko, Chemikalien, radioaktive Stoffe/Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten	Nein	Ja
Sind Sie Gefahren bei <b>Sport</b> oder <b>Hobby</b> ausgesetzt? z.B. Flugrisiko/Drachenfliegen/Fallschirmspringen, Rennfahrten, Bergsteigen, Tauchen, Extremsportarten, Kampfsportarten oder Teilnahme an organisierten sportlichen Wettbewerben, Reiten, Fahren eines motorisierten Zweirades mit mehr als 50ccm, Quad oder Trike)	Nein	Ja

Stand 11.2024 2/6

## D) Gesundheitszustand

Zu jeder Frage sind einige Beispiele genannt, um Ihnen die Beantwortung zu erleichtern. Es handelt sich jeweils nicht um eine vollständige Auflistung. Bitte geben Sie auch Sachverhalte an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

1. Bestehen oder bestanden in den **letzten 5 Jahren** Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen

- |   |      |    |
|---|------|----|
| a) des <b>Herzens, Kreislaufs, der Gefäße?</b><br>z. B. ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Thrombose                            | Nein | Ja |
| b) der <b>Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase?</b><br>z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe  | Nein | Ja |
| c) der <b>Speiseröhre, des Magens, Darms, der Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle, Milz?</b><br>z. B. Magengeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Hepatitis, erhöhte Leberwerte   | Nein | Ja |
| d) der <b>Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brust?</b><br>z. B. Nierenfunktionsstörung, Nierensteine, Zystennieren, Blut oder Eiweißausscheidung   | Nein | Ja |
| e) des <b>Stoffwechsels, Blutes, der Lymphknoten, Schilddrüse?</b><br>z. B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Gicht, Anämie, Gerinnungsstörung, Leukämie  | Nein | Ja |
| f) des <b>Gehirns, Nervensystems?</b><br>z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Migräne, Lähmung, chronische Schmerzen, Parkinson  | Nein | Ja |
| g) der <b>Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder sowie Wirbelsäule, Bandscheiben?</b><br>z. B. Amputation, Bewegungseinschränkung, Gelenkfehlstellung, Meniskusriß, Bandscheibenvorwölbung, Rheuma, Fibromyalgie               | Nein | Ja |
| h) der <b>Augen?</b><br>z. B. Nierenfunktionsstörung, Nierensteine, Zystennieren, Blut oder Eiweißausscheidung  | Nein | Ja |
| i) <b>Fehlsichtigkeit</b> über 6 Dioptrien?<br><br>_____ links      _____ rechts  | Nein | Ja |
| j) der <b>Ohren?</b><br>z. B. Hörminderung, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen   | Nein | Ja |
| k) der <b>Haut oder Allergien?</b><br>z. B. Abszess, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel- oder berufsbedingte Allergie  | Nein | Ja |
| l) <b>gutartige Tumorerkrankungen?</b><br>z. B. Zyste, Adenom   | Nein | Ja |
| m) <b>Infektionskrankheiten, Geschlechterkrankungen, Autoimmunerkrankungen?</b><br>z. B. Malaria, Lupus erythematodes, Sklerodermie, Tuberkulose, Borreliose  | Nein | Ja |
| n) der <b>Psyche, Suchterkrankung?</b><br>z. B. Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung, Einnahme von Drogen oder Betäubungsmitteln, Folgen von Alkoholgenuß | Nein | Ja |

Stand 11.2024      3/6

2. Bestehen oder bestanden **bösartige Tumorerkrankungen** (z. B. Krebs), erfolgte ein **Selbsttötungsversuch** oder wurde bei Ihnen eine **HIV-Infektion** festgestellt (positiver Aidstest)? Nein  Ja

3. Sind Sie in den **letzten 5 Jahren** durch **Ärzte** oder **andere Behandler** (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden? Nein  Ja

Anschrift \_\_\_\_\_ Fachrichtung \_\_\_\_\_  
Grund \_\_\_\_\_ Zeitpunkt \_\_\_\_\_

Wurden in den **letzten 12 Monaten** verschreibungspflichtige Arzneimittel (z. B. Blutdruckmittel, Asthmaspray, entzündungshemmende Medikamente, Schilddrüsentabletten) verordnet bzw. eingenommen? Nein  Ja

Arzneimittel \_\_\_\_\_ Zeitraum \_\_\_\_\_

4. Erfolgten in den **letzten 5 Jahren** Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder haben Sie einen Unfall, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Nein  Ja

5. Besteht oder bestand in den **letzten 5 Jahren** eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (M. d. E.), Wehrdienstbeschädigung (WDB), ein Pflegegrad, ein Grad der Behinderung (G. d. B.) oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt? Nein  Ja

Falls Ja, machen Sie bitte nähere Angaben hierzu und reichen Sie uns den entsprechenden Bescheid mit Angabe der Diagnosen ein.

Nähere Angaben \_\_\_\_\_

6. Nennen Sie uns bitte Ihre Körpergröße und Ihr aktuelles Gewicht.

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

## E) Nikotinkonsum

Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** (elektrische) Zigaretten, (elektrische) Zigarren, (elektrische) Zigarillos, (elektrische) Pfeifen genossen bzw. Nikotin in anderer Form (z. B. Kautabak, Schnupftabak), gleichgültig in welcher Menge, aktiv zu sich genommen? Nein  Ja

## F) Bisherige Versicherungen

Wurden in den **letzten 5 Jahren** bereits Versicherungsanträge (Todesfall, Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit, Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Unfallinvalidität) bei anderen Gesellschaften zu erschwerten Bedingungen angeboten, angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? Nein  Ja

## G) Ergänzendes

Nennen Sie uns bitte Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse unterrichtet ist.

Name

Anschrift

Fachrichtung

Bitte machen Sie nähere Angaben, falls eine der Fragen mit Ja beantwortet wurde (z. B. Art, Verlauf, Folgen, Zeitraum, behandelnde Ärzte, Heilpraktiker, Therapeuten, Krankenhäuser, Rehabilitationsklinik, Entzugsklinik, andere Einrichtungen der medizinischen Versorgung).

Frage Nr.

Krankheiten, Beschwerden, Ursache der Erwerbsminderung usw.

Art der Behandlung (z. B. Operation, Bestrahlung), bestehen Folgen?

Beginn/Ende von Krankheit, Behandlung, Krankenhausaufenthalt, Arbeitsunfähigkeit usw.

Name und Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, Heilstätten, Gesundheitsämter u. ä.

Frage Nr.

Krankheiten, Beschwerden, Ursache der Erwerbsminderung usw.

Art der Behandlung (z. B. Operation, Bestrahlung), bestehen Folgen?

Beginn/Ende von Krankheit, Behandlung, Krankenhausaufenthalt, Arbeitsunfähigkeit usw.

Name und Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, Heilstätten, Gesundheitsämter u. ä.

Frage Nr.

Krankheiten, Beschwerden, Ursache der Erwerbsminderung usw.

Art der Behandlung (z. B. Operation, Bestrahlung), bestehen Folgen?

Beginn/Ende von Krankheit, Behandlung, Krankenhausaufenthalt, Arbeitsunfähigkeit usw.

Name und Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, Heilstätten, Gesundheitsämter u. ä.

Beziehen Sie bereits Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung oder der Pflegepflichtversicherung (gesetzlich oder privat) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten solche Leistungen beantragt?

Nein

Ja

Hinweis: Sollten Sie die Frage mit Ja beantworten, ist nur eine Altersrente ohne Pflegeoption (also keine VorteilsRente) möglich.

## H) Bemerkungen

Hier können Sie uns weitere Informationen mitteilen

---

Ort, Datum

---

Unterschrift