



## Fragebogen zum Gesundheitszustand

Der Fragebogen wird stets vor dem Ersttermin benötigt.

Sie können Ihre Eingaben im Formular speichern, den Fragebogen ausdrucken, unterschreiben und bequem per E-Mail als Scan oder Foto an [fuss@viv24.de](mailto:fuss@viv24.de) senden.

### 1) Persönliche Daten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Anschrift

### 2) Angaben zu Beruf, Ausbildung und Einkommen

Höchster Schulabschluss

Ausbildung / Studium

Beruf

Status

Berufsbezeichnung laut Arbeitsvertrag

Bitte beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit etwas genauer:

Sind Sie gegenüber Mitarbeitern weisungsbefugt?      Ja      Nein      Wie viele?

Planen Sie eine Selbstständigkeit?      Ja      Nein

Wenn ja, ab wann und in welchem Berufsfeld?

Haben Sie Kinder?      Ja      Nein      Wie viele?

Planen Sie (weitere) Kinder zu haben?      Ja      Nein

Wenn ja, wie sieht Ihre berufliche Planung aus?

In welche Teiltätigkeiten ist Ihre berufliche Tätigkeit einzuteilen?

Kaufmännische Tätigkeit (Büro)      Prozent

körperliche Tätigkeit      Prozent

Reisetätigkeit      Prozent



Jahresbrutto mtl. Nettoeinkommen  
 BU-Rente mtl. gewünscht  
 KV-Status Krankenversicherung

### 3) Allgemeine Angaben zur Risikobeurteilung

Körpergröße in cm Gewicht in kg  
 Raucher Ja Nein  
 (Hinweis: hierzu zählt auch die Einnahme nikotinhaltiger Substanzen wie z.B. Nikotin Kaugummi, Nikotinpflaster, ...)  
 Brillenträger Ja Nein Dioptrien links / rechts /  
 Risikorelevante Hobbies (bspw. Bergsport / Klettern, Kampfsport, Motorsport, Reiten, Tauchsport / Wassersport, ...)

### 4) Bestehen oder bestanden in den letzten 10 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Beeinträchtigungen ...

Psyche Ja Nein  
 Suchterkrankungen / Drogen Ja Nein

### 5) Kam es in den letzten 10 Jahren zu ...

Operationen ambulant Ja Nein  
 Operationen stationär / Krankenhausaufenthalte Ja Nein (mind. 1 Nacht)  
 Kuren / Rehabilitationsmaßnahmen Ja Nein

### 6) Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Beeinträchtigungen ...

Allergien	Ja	Nein	Atemwege	Ja	Nein
Bewegungsapparat	Ja	Nein	Blutdruck / Herz / Kreislauf	Ja	Nein
Hauterkrankung	Ja	Nein	Magen / Darm	Ja	Nein
Physiotherapie	Ja	Nein	Psyche	Ja	Nein
Schilddrüse	Ja	Nein	Stoffwechsel	Ja	Nein
Sonstige Erkrankungen (bspw. Akne, Herpes, Migräne, Unfälle, ...)				Ja	Nein

### 7) Genauere Angaben zur Gesundheitshistorie

Bitte ergänzen Sie nachfolgend genauere Angaben im Schema: **Was war wann? Wie wurde behandelt? Wann war die Behandlung abgeschlossen / ausgeheilt / beschwerdefrei?**

\_\_\_\_\_  
Was? \_\_\_\_\_ War wann? (von / bis ... oder besteht noch?)

\_\_\_\_\_  
Gab es einen Anlass? \_\_\_\_\_ Krankenschreibung? (von / bis ... oder nein)

\_\_\_\_\_  
Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente)

\_\_\_\_\_  
Welche Ärzte (Fachrichtung), Therapeuten und Heilbehandler wurde aufgesucht? Weitere Angaben.

\_\_\_\_\_  
Was? \_\_\_\_\_ War wann? (von / bis ... oder besteht noch?)

\_\_\_\_\_  
Gab es einen Anlass? \_\_\_\_\_ Krankenschreibung? (von / bis ... oder nein)

\_\_\_\_\_  
Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente)

\_\_\_\_\_  
Welche Ärzte (Fachrichtung), Therapeuten und Heilbehandler wurde aufgesucht? Weitere Angaben.

\_\_\_\_\_  
Was? \_\_\_\_\_ War wann? (von / bis ... oder besteht noch?)

\_\_\_\_\_  
Gab es einen Anlass? \_\_\_\_\_ Krankenschreibung? (von / bis ... oder nein)

\_\_\_\_\_  
Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente)

\_\_\_\_\_  
Welche Ärzte (Fachrichtung), Therapeuten und Heilbehandler wurde aufgesucht? Weitere Angaben.



\_\_\_\_\_  
Was?

\_\_\_\_\_  
War wann? (von / bis ... oder besteht noch?)

\_\_\_\_\_  
Gab es einen Anlass?

\_\_\_\_\_  
Krankschreibung? (von / bis ... oder nein)

\_\_\_\_\_  
Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente)

\_\_\_\_\_  
Welche Ärzte (Fachrichtung), Therapeuten und Heilbehandler wurde aufgesucht? Weitere Angaben.

\_\_\_\_\_  
Was?

\_\_\_\_\_  
War wann? (von / bis ... oder besteht noch?)

\_\_\_\_\_  
Gab es einen Anlass?

\_\_\_\_\_  
Krankschreibung? (von / bis ... oder nein)

\_\_\_\_\_  
Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente)

\_\_\_\_\_  
Welche Ärzte (Fachrichtung), Therapeuten und Heilbehandler wurde aufgesucht? Weitere Angaben.

### 8) Datenschutzerklärung

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift stimme ich der Verwendung und Speicherung meiner persönlichen Daten und hier gemachten Angaben im Rahmen der Beratung durch Herrn Markus Fuß (Versicherungsmakler, Klarastr. 63, 79106 Freiburg im Breisgau) ausdrücklich zu.

Eine Weitergabe des Fragebogens - zum Beispiel an Versicherungsgesellschaften - ist mit Ausnahme der Notwendigkeit einer Enthaftung des Maklers generell ausgeschlossen.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit in Textform widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift