

Risikovorfragebogen Biometrie

Persönliche Angaben

Geburtsdatum: 27.07.1993

Geschlecht: weiblich männlich divers

Staatsangehörigkeit: D

Angaben zum Beruf

Berufsbezeichnung: Student Humanmedizin

Angestellte/r Selbstständige/r Beamte/r GGF

Student/in Schüler/in Auszubildene/r

Prozentuale Aufteilung der Tätigkeit:

Büro 100 körperliche Arbeit _____ Reisen _____

Angaben zur gewünschten Absicherung

		Versicherungssumme/Monatsrente	Endalter
<input checked="" type="checkbox"/>	Berufsunfähigkeitsversicherung	1000	67
<input type="checkbox"/>	Erwerbsunfähigkeitsversicherung		
<input type="checkbox"/>	Dread Disease		
<input type="checkbox"/>	Grundfähigkeitsversicherung		
<input type="checkbox"/>	Risikolebensversicherung		

Angaben zu den gewünschten Gesellschaften/Tarifen

1. Alte Leipziger	4. Allianz
2. HDI	5. DÄV
3. Volkswohlbund	6. LV1871

Angaben zum Berater

Name: Kreiser

Beraternummer: _____

Anlagen

Gesundheitsangaben:

Atteste: _____

Sonstiges: _____

Gesundheitsangaben

Klicke hier, um Text einzugeben.
 27.07.1993

Geschlecht/Geburtsdatum

Wird eine Frage mit ja beantwortet, sind genaue Angaben auf Seite 3 zu machen. Es ist ebenfalls anzugeben was ausgeheilt ist, auch wenn es als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit betrachtet wurde, und zwar auch dann, wenn keine Behandlung stattfand, sondern nur Diagnostik, Beratung, Untersuchung oder Tests durchgeführt bzw. nur Arzneimittel eingenommen wurden.

1. Körpergröße und Körpergewicht	188 cm	80 kg
	JA	NEIN
2. Sind Sie in den letzten 5 Jahren ambulant von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten oder Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt wurden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind Sie in den letzten 5 bzw. 10 Jahren (je Gesellschaft*) stationär behandelt (Krankenhaus, Reha, Kuren, Entzugsbehandlung, Strahlentherapie, Operationen, Chemotherapie etc.) wurden oder ist eine solche Behandlung in den nächsten 2 Jahren ärztlich angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Sind Sie in den letzten 5 bzw. 10 Jahren (je Gesellschaft*) in psychologischer Behandlung gewesen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Störungen, Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen, die ärztliche untersucht/behandelt wurden aufgrund...		
5.1. der Atmungsorgane (z.B. Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Allergie, Kehlkopf- und Rippenfellkrankung, Schlafapnoe, Lungenentzündung, Emphysem)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.2. des Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems (z.B. Bluthochdruck, Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphöden, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung, Bewusstlosigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.3. der Verdauungsorgane (z.B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwür, Magenschleimhautentzündung, chronische Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Hepatitis, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Verdauungsstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.4. der Harn- und Geschlechtsorganen (z.B. Schwangerschaftskomplikationen, Blut oder Eiweiß im Urin, Nierensteine, Prostata- oder Harnwegsentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.5. des Stoffwechsels (z.B. erhöhte Blutzuckerwerte, Diabetes mellitus, Gicht, erhöhte Cholesterinwerte, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Harnsäureerhöhung)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.6. der Augen (z.B. Kurz- und/oder Weitsichtigkeit, Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung, Netzhautablösung, grüner oder grauer Star, Hornhautverkrümmung, entzündliche Augenerkrankungen)?	<input type="checkbox"/> Dioptrien: _____ links	<input checked="" type="checkbox"/> Dioptrien: _____ rechts
5.7. der Ohren (z.B. Schwindelzustände, Ohrgeräusche, Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

5.8. der Wirbelsäule , der Bandscheibe , des Rückens oder Nackens (z.B. Bandscheibenvorfall, Rückenschmerzen, Hexenschuss, Schleudertrauma, Verspannungen, Wirbelsäulenverkrümmung)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9. der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (z.B. Fibromyalgie, Gelenkschmerzen, Gelenkverschleiß, Meniskusschaden, Knochenbrüche, Rheuma, Gicht, Arthrose, Bänderrisse, Muskelschwund)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.10. der Haut (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis, Ekzeme, Allergien wie Hausstaub-, Tierhaar-, und Lebensmittelallergie, Heuschnupfen, Ekzem)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.11. von Blut- und Tumorerkrankungen (z.B. Gerinnungsstörungen, Geschwülste, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Darmpolypen, Milzkrankungen, Leukämie, Hämorrhoiden)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.12. von Infektionskrankheiten und Vergiftungen (z.B. Tuberkulose, Gürtelrose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis, Gehirnhautentzündung, Borreliose, Pfeiffersches Drüsenfieber)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.13. des Gehirns , des Rückenmarks oder der Nerven (z.B. Multiple Sklerose, Lähmungen, Epilepsie, Krampfanfälle, Gleichgewichtsstörungen, Kopfschmerzen, Migräne, Demenz, Nervenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.14. der Psyche 5 bzw. 10 Jahre (je Gesellschaft*) (z.B. Angststörung, Depressionen, psychosomatische Störungen, Magersucht, Bulimie, Schlafstörungen, Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Schizophrenie, Suizidversuch, chronische Müdigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 2 bzw. 5 Jahren (je Gesellschaft*) regelmäßig (täglich, wöchentlich, monatlich) apothekenpflichtige Medikamente zu sich (z.B. Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 bzw. 10 Jahren (je Gesellschaft*) Drogen oder Betäubungsmittel (z.B. Cannabis, Ecstasy, Heroin) ein oder wurden Sie aufgrund der Folgen dieses Konsums beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 bzw. 10 Jahren (je Gesellschaft*) regelmäßig Alkohol zu sich oder wurden Sie aufgrund der Folgen dieses Konsums beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Bestehen Behinderungen (auch angeborene), geistige/psychische Beeinträchtigungen oder sonstige Störungen (z.B. Wehrdienstbeschädigung, Grad der Behinderung, Minderung der Erwerbsfähigkeit angeben)?	<input type="checkbox"/> Grad der Behinderung: _____	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Bestehen oder bestanden bei Ihnen bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie, Melanom, Zysten)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Weitere allgemeine Angaben		
12.1. Haben Sie in den letzten 12 Monaten aktiv (E-)Zigaretten, (E-)Zigarren, Zigarillos, (E-)Pfeife geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12.2. Betreiben Sie in Ihrer Freizeit gefährliche Sportarten (z.B. Motorsport, Kampfsport, Wassersport, Reiten, Tauchen)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12.3. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt von zusammengerechnet mehr als 3 Monate außerhalb Europa? Wenn, ja wie lange, wohin und aus welchem Grund?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Krankheitsübersicht

Behandlungsdatum/-zeitraum	Diagnose	Persönlicher Kommentar
8.10.2015	<ul style="list-style-type: none"> akute Infektion der oberen Atemwege 	keine Medikamenteneinnahme oder Behandlung erforderlich; seit 14.10.2015 vollständig beschwerdefrei
13.06.2016 – 16.06.2016	<ul style="list-style-type: none"> Einwachsender Zehnnagel (Großzehe, beidseitig) Phlegmone an Zehen (Diffuse, eitrige Weichteilentzündung an Zehen) 	Erstvorstellung wegen eingewachsenen Zehennägeln → Durchführung einer ambulanten OP
28.07.2016	<ul style="list-style-type: none"> sonstige Knochennekrose: Knöchel und Fuß (Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes) 	Zweitvorstellung wegen eingewachsenen Zehennägeln nach anhaltenden Beschwerden nach der OP
27. – 28.02.2017	<ul style="list-style-type: none"> Einwachsender Zehnnagel (Großzehe) 	Drittvorstellung wegen eingewachsenem Zehennagel → weitere OP erforderlich, da Ergebnis der ersten OP nicht zur Beschwerdefreiheit geführt hat und nachoperiert werden musste; vollständig Ausheilung, seit 20.03.2017 keine Beschwerden und keine weitere Behandlung notwendig
11. – 13.04.2017	<ul style="list-style-type: none"> Augenzittern und sonstige abnorme Augenbewegungen 	Ursache: stressbedingt aufgrund hohem Prüfungsdruck und Terminüberschneidungen (sehr viele wichtige mündliche und schriftliche Prüfungen in einem sehr kurzen Zeitraum) im Studium, keine Medikamenteneinnahme oder Behandlung erforderlich; seit 20.04.2017 vollständig beschwerdefrei
14.06.2018	<ul style="list-style-type: none"> Biomechanische Funktionsstörung: Im Übergangsbereich Brustwirbel-Lendenwirbelsäule 	Aufgrund zeitweiliger stark einseitiger und überlastender körperlicher Arbeit; keine Medikamenteneinnahme oder Behandlung oder Physiotherapie erforderlich; seit 25.06.2018 vollständig beschwerdefrei