Formular v01.0.6

Kundenfragebogen inkl. Gesundheitsfragen

Angaben zur Person

Geb.-Datum | Anrede: Frau | Telefon

Vorname | Nachname | E-Mail

Anschrift | Größe: m | Gewicht: kg | Raucher: ☐ ja ☐ nein

Allgemeine Angaben

Beruf: Student / Studentin

Fach-richtung

berufliche Tätigkeiten in %

%	%	%	%
operativ u. chirurgisch	am Patienten	am Schreibtisch	Anteil Reisen

Einkommen

Brutto

Netto

Krankenversicherung

Name KV

Hobbys / Freizeitaktivitäten

Rund um die Berufsunfähigkeitsversicherung

Infos findest du auf unserer Website im DOC-BU-Wiki, Kategorie "Ausgestaltung der BU".

gewünschte BU-Rentenhöhe — *Unsere Empfehlung: Sichere deine Nettoeinkommen ab!*

gewünschte BU-Laufzeit — *Bis zu welchem Alter möchtest du versichert sein?*

Beitragsdynamik ☐ ja ☐ nein — *Ergänzen wir gemeinsam nach der BU-Beratung.*

Leistungsdynamik ☐ ja ☐ nein — *Ergänzen wir gemeinsam nach der BU-Beratung.*

BU-Modell: Solo-BU | BU-Strategie: 1-BU-Strategie

Ich habe bereits einen bestehenden BU-Vertrag	☐ ja	☐ nein
Ich wünsche den Einschluss der „Gelbe-Schein-Regelung" (Arbeitsunfähigkeitsklausel)	☐ ja	☐ nein
Ich habe Auslandsaufenthalt(e) geplant	☐ ja	☐ nein
Ich möchte später eine Arztpraxis übernehmen / eröffnen	☐ ja	☐ nein

Ich wünsche Beratung und Produktempfehlung zu (Mehrfachnennung möglich):

☐ Berufshaftpflicht ☐ PKV ☐ Altersvorsorge ☐ Pflegezusatzversicherung ☐ Unfallversicherung ☐ Krankentagegeldversicherung

Die DOC-BU Insider | Niklas Kartak, Dorfstraße 24, 82178 Puchheim | e-Mail: info@doc-bu.de

Kundenfragebogen inkl. Gesundheitsfragen

Gesundheitsfragen

1	Sind Sie in den letzten 5 Jahren ambulant von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten oder Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt wurden?	☐ ja	☐ nein
2	Sind Sie in den letzten 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?	☐ ja	☐ nein
3	Sind Sie in den letzten 10 Jahren (je Gesellschaft*) in psychologischer Behandlung gewesen?	☐ ja	☐ nein

Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Störungen, Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen, die ärztlich untersucht / behandelt wurden aufgrund ...

4.1	**der Atmungsorgane** (z.B. Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Asthmabronchiale, chronische Bronchitis, Allergie, Kehlkopf- und Rippenfellerkrankung, Schlafapnoe, Lungenentzündung, Emphysem)	☐ ja	☐ nein
4.2	**des Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems** (z.B. Bluthochdruck, Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödem, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung, Bewusstlosigkeit)	☐ ja	☐ nein
4.3	**der Verdauungsorgane** (z.B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwür, Magenschleimhautentzündung, chronische Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Hepatitis, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Verdauungsstörungen)	☐ ja	☐ nein
4.4	**der Harn- und Geschlechtsorgane** (z.B. Schwangerschaftskomplikationen, Blut oder Eiweiß im Urin, Nierensteine, Prostata- oder Harnwegsentzündung)	☐ ja	☐ nein
4.5	**des Stoffwechsels** (z.B. erhöhte Blutzuckerwerte, Diabetes mellitus, Gicht, erhöhte Cholesterienwerte, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Harnsäureerhöhung)	☐ ja	☐ nein
4.6	**der Augen** (z.B. Kurz- und/oder Weitsichtigkeit, Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung, Netzhautablösung, grüner oder grauer Star, Hornhautverkrümmung, entzündliche Augenerkrankungen)	☐ ja	☐ nein
4.7	**der Ohren** (z.B. Schwindelzustände, Ohrgeräusche, Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz)	☐ ja	☐ nein
4.8	**der Wirbelsäule, der Bandscheibe, des Rückens oder Nackens** (z.B. Bandscheibenvorfall, Rückenschmerzen, Hexenschuss, Schleudertrauma, Verspannungen, Wirbelsäulenverkrümmung)	☐ ja	☐ nein
4.9	**der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder** (z.B. Fibromyalgie, Gelenkschmerzen, Gelenkverschleiß, Meniskusschaden, Knochenbrüche, Rheuma, Gicht, Arthrose, Bänderrisse, Muskelschwund)	☐ ja	☐ nein
4.10	**der Haut** (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis, Ekzeme, Allergien wie Hausstaub-, Tierhaar-, und Lebensmittelallergie, Heuschnupfen, Ekzem)	☐ ja	☐ nein
4.11	**von Blut- und Tumorerkrankungen** (z.B. Gerinnungsstörungen, Geschwülste, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Darmpolypen, Milzerkrankungen, Leukämie, Hämorrhoiden)	☐ ja	☐ nein

Kundenfragebogen inkl. Gesundheitsfragen

Gesundheitsfragen

4.12	**von Infektionskrankheiten und Vergiftungen** (z.B. Tuberkulose, Gürtelrose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis, Gehirnhautentzündung, Borreliose, Pfeiffersches Drüsenfieber)	☐ ja	☐ nein
4.13	**des Gehirns, des Rückenmarks oder der Nerven** (z.B. Multiple Sklerose, Lähmungen, Epilepsie, Krampfanfälle, Gleichgewichtsstörungen, Kopfschmerzen, Migräne, Demenz, Nervenentzündung)	☐ ja	☐ nein
4.14	**der Psyche** 10 Jahre (je Gesellschaft*) (z.B. Angststörung, Depressionen, psychosomatische Störungen, Magersucht, Bulimie, Schlafstörungen, Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Schizophrenie, Suizidversuch, chronische Müdigkeit)	☐ ja	☐ nein
5	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren (je Gesellschaft*) regelmäßig (täglich, wöchentlich, monatlich) apothekenpflichtige Medikamente zu sich (z.B. Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?	☐ ja	☐ nein
6	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren (je Gesellschaft*) Drogen oder Betäubungsmittel (z.B. Cannabis, Ecstasy, Heroin) ein oder wurden Sie aufgrund der Folgen dieses Konsums beraten oder behandelt?	☐ ja	☐ nein
7	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren (je Gesellschaft*) regelmäßig Alkohol zu sich oder wurden Sie aufgrund der Folgen dieses Konsums beraten oder behandelt?	☐ ja	☐ nein
8	Bestehen Behinderungen (auch angeborene), geistige / psychische Beeinträchtigungen oder sonstige Störungen (z.B. Wehrdienstbeschädigung, Grad der Behinderung, Minderung der Erwerbsfähigkeit angeben)?	☐ ja	☐ nein
9	Bestehen oder bestanden bei Ihnen bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie, Melanom, Zysten)?	☐ ja	☐ nein

Wichtiger Hinweis zu verpflichtende Detailangaben bei mit „Ja“ beantworteten Fragen

ⓘ *Wurde eine Frage mit ja beantwortet, sind genaue Angaben 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.* ***Der jeweilige Formularfeldkomplex ist vollständig auszufüllen!***

Achtung Versicherungsunternehmen: Ausfüll-Beispiel für unsere Klienten. Reelle Angaben ab nächste Seite!

BEISPIEL

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? ⓘ	Ambulante Behandlung von	Ambulante Behandlung bis	Stationäre Behandlung von	Stationäre Behandlung bis	Krankschreibung von	Krankschreibung bis	genesen seit
2.0	Kreuzbandriss nach Skiunfall	24.02.19	30.05.19	23.02.19	24.02.19			07/2019

VKB-Ruptur des Kniegelenks li., Längsriss Aussenmeniskus Pars media, Bone bruise link. Es lag und liegen zusätzlich keine Meniskusverletztungen, Knorpelschäden, Kniefrakturen, anderen Bandverletzungen oder Luxationen vor. Es wurde direkt nach dem Skiunfall bzw. Diagnostik operiert, Einsatz einer VKB-Plastik links (mittels 4-fach

Weitere Detailangaben ab Seite 6 ☒ ja ☐ nein

Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt

☐ Röntgen- / Blutbild etc.
☒ Befundbericht
☐ Arztberichte
☐ Entlassungsbericht
☐ sonstiges

Folgende Anlagen beigefügt

BEISPIEL BEISPIEL BEISPIEL BEISPIEL

Kundenfragebogen inkl. Gesundheitsfragen

DIE DOC BU INSIDER

Frage Nr. | Warum wurde ein Arzt aufgesucht? → (i) | Ambulante Behandlung: von / bis | Stationäre Behandlung: von / bis | Krankschreibung: von / bis / seit genesen

Weitere Detailangaben ab Seite 6 ☐ ja ☐ nein

Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt

Folgende Anlagen beigefügt:
- ☐ Röntgen- / Blutbild etc.
- ☐ Befundbericht
- ☐ Arztberichte
- ☐ Entlassungsbericht
- ☐ sonstiges

Frage Nr. | Warum wurde ein Arzt aufgesucht? → (i) | Ambulante Behandlung: von / bis | Stationäre Behandlung: von / bis | Krankschreibung: von / bis / seit genesen

Weitere Detailangaben ab Seite 6 ☐ ja ☐ nein

Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt

Folgende Anlagen beigefügt:
- ☐ Röntgen- / Blutbild etc.
- ☐ Befundbericht
- ☐ Arztberichte
- ☐ Entlassungsbericht
- ☐ sonstiges

Frage Nr. | Warum wurde ein Arzt aufgesucht? → (i) | Ambulante Behandlung: von / bis | Stationäre Behandlung: von / bis | Krankschreibung: von / bis / seit genesen

Weitere Detailangaben ab Seite 6 ☐ ja ☐ nein

Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt

Folgende Anlagen beigefügt:
- ☐ Röntgen- / Blutbild etc.
- ☐ Befundbericht
- ☐ Arztberichte
- ☐ Entlassungsbericht
- ☐ sonstiges

Frage Nr. | Warum wurde ein Arzt aufgesucht? → (i) | Ambulante Behandlung: von / bis | Stationäre Behandlung: von / bis | Krankschreibung: von / bis / seit genesen

Weitere Detailangaben ab Seite 6 ☐ ja ☐ nein

Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt

Folgende Anlagen beigefügt:
- ☐ Röntgen- / Blutbild etc.
- ☐ Befundbericht
- ☐ Arztberichte
- ☐ Entlassungsbericht
- ☐ sonstiges

Kundenfragebogen inkl. Gesundheitsfragen

DIE DOC BU INSIDER

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht?	Ambulante Behandlung von	Ambulante Behandlung bis	Stationäre Behandlung von	Stationäre Behandlung bis	Krankschreibung von	Krankschreibung bis	genesen seit

Weitere Detailangaben ab Seite 6 ☐ ja ☐ nein

Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt

☐ Röntgen- / Blutbild etc.
☐ Befundbericht
☐ Arztberichte
☐ Entlassungsbericht
☐ sonstiges

Folgende Anlagen beigefügt

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht?	Ambulante Behandlung von	Ambulante Behandlung bis	Stationäre Behandlung von	Stationäre Behandlung bis	Krankschreibung von	Krankschreibung bis	genesen seit

Weitere Detailangaben ab Seite 6 ☐ ja ☐ nein

Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt

☐ Röntgen- / Blutbild etc.
☐ Befundbericht
☐ Arztberichte
☐ Entlassungsbericht
☐ sonstiges

Folgende Anlagen beigefügt

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht?	Ambulante Behandlung von	Ambulante Behandlung bis	Stationäre Behandlung von	Stationäre Behandlung bis	Krankschreibung von	Krankschreibung bis	genesen seit

Weitere Detailangaben ab Seite 6 ☐ ja ☐ nein

Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt

☐ Röntgen- / Blutbild etc.
☐ Befundbericht
☐ Arztberichte
☐ Entlassungsbericht
☐ sonstiges

Folgende Anlagen beigefügt

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht?	Ambulante Behandlung von	Ambulante Behandlung bis	Stationäre Behandlung von	Stationäre Behandlung bis	Krankschreibung von	Krankschreibung bis	genesen seit

Weitere Detailangaben ab Seite 6 ☐ ja ☐ nein

Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt

☐ Röntgen- / Blutbild etc.
☐ Befundbericht
☐ Arztberichte
☐ Entlassungsbericht
☐ sonstiges

Folgende Anlagen beigefügt

Kundenfragebogen inkl. Gesundheitsfragen

Eigenerklärung / Stellungnahme bzw. Ergänzung zu Detailangaben Gesundheitsfragen

Bitte dieses Schema nutzen:
Was war? Wann war es? Gab es (von - bis) Krankschreibungen? Gab es einen Anlass / Grund für Erkrankung / Beschwerde? Wie wurde behandelt (Diagnostik, Therapien, Medikamente) und von wem? (Fachrichtung, Name). Seit wann besteht Behandlungs- & Beschwerdefreiheit?

Kundenfragebogen inkl. Gesundheitsfragen

Eigenerklärung / Stellungnahme bzw. Ergänzung zu Detailangaben Gesundheitsfragen

PDF SPEICHERN PDF DRUCKEN

Die DOC-BU Insider | Niklas Kartak, Dorfstraße 24, 82178 Puchheim | e-Mail: info@doc-bu.de