

# Kundenfragebogen inkl. Gesundheitsfragen

## Angaben zur Person

Geb.-Datum  Anrede  Telefon

Vorname  Nachname  E-Mail

Anschrift  Größe  m Gewicht  kg Raucher  ja  nein

## Allgemeine Angaben

Beruf  →  %  %  %  %

Fachrichtung  operativ u. chirurgisch am Patienten am Schreibtisch Anteil Reisen

**Einkommen** **Krankenversicherung** **Hobbys / Freizeitaktivitäten**

Brutto  Name KV

Netto

## 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  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

# Kundenfragebogen inkl. Gesundheitsfragen

## Gesundheitsfragen

1	Sind Sie in den letzten 5 Jahren ambulant von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten oder Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ja	nein
3	Sind Sie in den letzten 10 Jahren (je Gesellschaft* ) in psychologischer Behandlung gewesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ja	nein

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

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

# Kundenfragebogen inkl. Gesundheitsfragen

## Gesundheitsfragen

4.12	von Infektionskrankheiten und Vergiftungen (z.B. Tuberkulose, Gürtelrose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis, Gehirnhautentzündung, Borreliose, Pfeiffersches Drüsenfieber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ja	nein
4.13	des Gehirns, des Rückenmarks oder der Nerven (z.B. Multiple Sklerose, Lähmungen, Epilepsie, Krampfanfälle, Gleichgewichtsstörungen, Kopfschmerzen, Migräne, Demenz, Nervenentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ja	nein
8	Bestehen Behinderungen (auch angeborene), geistige / psychische Beeinträchtigungen oder sonstige Störungen (z.B. Wehrdienstbeschädigung, Grad der Behinderung, Minderung der Erwerbsfähigkeit angeben)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ja	nein
9	Bestehen oder bestanden bei Ihnen bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie, Melanom, Zysten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ja	nein

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

**i** 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!

## Beispiel - KEINE Kundenangaben

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung	Stationäre Behandlung	Krankschreibung	genesen		
2.0	Kreuzbandriss nach Skiunfall	24.02.19 von	30.05.19 bis	23.02.19 von	24.02.19 bis	<input type="checkbox"/> von <input type="checkbox"/> bis	07/2019 seit
	VKB-Ruptur des Kniegelenks li., Längsriss Aussenmeniskus Pars media, Bone bruise link. Es lag und liegen zusätzlich keine Meniskusverletzungen, Knorpelschäden, Kniefrakturen, anderen Bandverletzungen oder Luxationen vor. Es wurde direkt nach dem Skiunfall bzw. Diagnostik operiert, Einsatz einer VKB-Plastik links (mittels 4-fach			<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input checked="" type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges	Folgende Anlagen beigefügt		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt					

# Kundenfragebogen inkl. Gesundheitsfragen

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

# Kundenfragebogen inkl. Gesundheitsfragen

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				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