

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		berufliche Tätigkeiten in %			
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?	☐	☐
		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, Asthmapronchiale, chronische Bronchitis, Allergie, Kehlkopf- und Rippenfellkrankung, 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 Cholesterinwerte, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Harnsäurerhöhung)	☐	☐
		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

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!

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

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
		von	bis	von	bis	von	bis	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 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					☐ Röntgen- / Blutbild etc. ☒ Befundbericht ☐ Arztberichte ☐ Entlassungsbericht sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 ☒ ja ☐ nein			Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt		Folgende Anlagen beigelegt		



Kundenfragebogen inkl. Gesundheitsfragen

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

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

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

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

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

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

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
						☐ Röntgen- / Blutbild etc. ☐ Befundbericht ☐ Arztberichte ☐ Entlassungsbericht sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 ☐ ja ☐ 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