

# Allergische Erkrankungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Auf welche Stoffe reagieren Sie allergisch? Bitte ggf. genaue Angaben zu den einzelnen Stoffen Insektengift, Arzneimittel, Hausstaub/ Hausstaubmilbe, Gräser/Pollen, Schimmelpilz, Tierhaar, Kontaktallergie, Nahrungsmittel, sonstige Stoffe (z. B. Metalle, Chemikalien, etc.)

Wie äußert sich die Allergie? Welche Beschwerden/Symptome treten auf? Augenbrennen/Augenrötung, Schnupfen/Niesen, Hautjucken/ Hautausschlag, Reizung der Atemwege, Bronchitis, Asthma, sonstige

Waren Sie in den letzten 3 Jahren, bzw. sind Sie derzeit aufgrund der allergischen Beschwerden arbeitsunfähig oder konnten Ihren täglichen Aktivitäten nicht nachgehen?  Ja  Nein

Treten die Beschwerden/Symptome das ganze Jahr oder nur zeitweise/saisonal auf\*? *ganzjährig, saisonal, von - bis:* (\*z.B. Pollenflugzeit, Arbeitsplatz)

Nehmen/nahmen Sie deswegen Medikamente (z.B. Kortison), Salben, Sprays, etc. ?  Ja  Nein

Wenn ja: bei Bedarf, dauernd, regelmäßig, wann zuletzt, Name des Medikaments:

Haben Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit Kontakt mit Pflanzen, Tieren, Chemikalien oder Staub, Mehl, Dämpfen oder Rauch?  Ja  Nein

Haben Sie aufgrund Ihrer Allergie(n) einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie diesen? *Wenn ja, bitte nähere Angaben*  Ja  Nein

Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? *Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?*  Ja  Nein

# Allgemeine Erkrankungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie äußerte sich die Erkrankung? (z.B. Krankheitserscheinungen, Beschwerden, auffällige Laborwerte)

Welche Körperregionen bzw. Organe waren betroffen?

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet? (Diagnose)

Wann traten die Beschwerden auf? (Monat/Jahr)

Von wann bis wann waren Sie in Ärztlicher Behandlung? (Monat/Jahr)

Wie wurde die Krankheit behandelt?

Keine Behandlung

Medikamente (Name/Tagesdosis):

Von wann bis wann:

Sonstige Maßnahmen (welche)?:

Von wann bis wann:

Waren Sie wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig?

Ja

Nein

Einmalig - von wann bis wann:

Mehrmalig - von wann bis wann:

Welche speziellen Untersuchungen (z.B. EKG, Ultraschall, Computertomographie), Krankenhausbehandlungen oder Operationen wurden durchgeführt?

Untersuchung/Behandlung/Operation:

Wann (Monat/Jahr):

Ergebnis:

Sind weitere Behandlungen oder Operationen vorgesehen?

Ja

Nein

Wann (Monat/Jahr):

Hatten Sie eine Kurzbehandlung oder wurde eine Reha-Maßnahme durchgeführt?

(Wenn Ja, welcher Grund lag vor und von wann bis wann (Monat/Jahr) erfolgte die Maßnahme?)

Ja

Nein

# Allgemeine Erkrankungen

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der Erkrankung?

- Nein - keine Folgen/Beschwerden seit (Monat/Jahr):
- Ja - Folgen/Beschwerden (bitte genaue Angaben):

Bei welchem Arzt waren Sie wegen der Erkrankung in Ärztlicher Behandlung? (Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde

# Asthma

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Seit wann leiden Sie an Asthma?

Wie oft treten die Anfälle (Atemnot) auf? *Häufigkeit/Jahr*

Wann trat der letzte Anfall auf?

Wann zuletzt hatten Sie Beschwerden, bzw. waren aufgrund dieser Beschwerden in Behandlung, oder mussten Medikamente nehmen?

Müssen oder mussten Sie in den letzten 12 Monaten Kortison in Tablettenform einnehmen?

Ja

Nein

Mussten Sie aufgrund dieser Erkrankung schon einmal stationär behandelt werden?

Ja

Nein

Wie häufig, bzw wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund dieser Erkrankung arbeitsunfähig?

Wie häufig hatten Sie in den letzten 12 Monaten nachts Beschwerden?

Wurde eine Allergietestung vorgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, wurde eine Allergie festgestellt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Werden/wurden Sie mit Medikamenten behandelt?

Ja

Nein

Wenn ja, von

bis

Welches Medikament und welche Dosierung?

Sind Sie unter Medikation völlig beschwerdefrei?

Ja

Nein

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Wenn ja, seit wann?

Zigaretten: Stück/Tag

Sonstiges: Stück/Tag

Anlage

# Asthma

Wurde eine Lungenfunktionsprüfung vorgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, am:

Ergebnis:

Bitte behandelnden Arzt und Anschrift angeben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde

# Augenerkrankungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie lautet die ärztliche Diagnose? (z. B. grauer Star, Glaukom, Bindehautentzündung)

Hat Ihnen der Arzt gesagt, dass Diabetes oder eine andere Krankheit die Ursache für Ihre Erkrankung ist?

 Ja Nein

Welches Auge ist betroffen

 links rechts beide

Wie werden Sie behandelt? (z. B. bei Augentropfen: Name, Dosierung, etc.)

Wann zuletzt hatten Sie Beschwerden, bzw. waren wegen dieser Erkrankung in Behandlung?

Sind Ihre Beschwerden allergisch bedingt?

 Ja Nein

Waren Sie in den letzten 3 Jahren, bzw. sind Sie derzeit aufgrund der allergischen Beschwerden arbeitsunfähig?

 Ja Nein

Sind Kontrolluntersuchungen erforderlich? (Wenn ja, wie oft? Pro Jahr?)

 Ja Nein

Wurden Sie bereits operiert?

 Ja Nein

Auf beiden Augen?

 Ja Nein

nur

 links rechts

Operationsart? (z.B. künstliche Linse, Laserbehandlung)

War die Operation erfolgreich?

 Ja Nein

Hat sich Ihr Zustand in den letzten 5 Jahren verschlechtert?

 Ja Nein

Sind Sie jetzt vollkommen beschwerdefrei? (Wenn nein, welche Beschwerden haben Sie noch?)

 Ja Nein

Trifft mindestens einer der folgenden Punkte in Ihrem Beruf auf Sie zu:  
Unfallgefahr, Führen von gewerbl. Verkehrsmitteln/Maschinen, Arbeiten mit hoher Anforderung an die Augen (z.B. Mikroskop)

 Ja Nein

## Auslandsaufenthalt

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Bitte geben Sie das Land an, in dem Sie sich aufhalten werden.

Planen Sie darüberhinaus Aufenthalte in weiteren Ländern?

Wenn ja, wo?

 Ja Nein

Wie lange wird der Auslandsaufenthalt voraussichtlich dauern?

 Unbekannt bzw. keine Angabe Befristet, länger als 90 Tage pro Jahr Insgesamt bis zu 90 Tagen pro Jahr Unbefristet

Wo innerhalb des Landes werden Sie sich aufhalten?

 Unbekannt bzw. keine Angabe Dörfliche Ansiedlung in ländlicher Region mit schlechter Infrastruktur Hauptstadt/Großstadt mit guter Infrastruktur Außerhalb menschlicher Zivilisation ohne Infrastruktur Kleinstadt mit landestypischer Infrastruktur

Wie sind Sie im Ausland untergebracht?

 Unbekannt bzw. keine Angabe Unterbringung in Camp, Barracke, Zelt oder Container Europäischer Standard Ständig wechselnde Unterbringung in unwegsamen Gebieten

(Hotel, Haus, Wohnung)

(z. B. bei Expeditionen oder Forschungsauftrag)

 Landestypischer Standard

Wie würden Sie Ihre Tätigkeit beschreiben?

 Unbekannt bzw. keine Angabe Tätigkeit mit Führen von KFZ und Maschinen oder unter Ausschließlich Management-,

erschweren Bedingungen (z. B. durch Lärm, Hitze, Nässe, Kälte)

aufsichtsführende oder Lehrtätigkeit

 Überwiegend körperliche Tätigkeit (> 50 %)

Reisen Sie innerhalb des Aufenthaltslandes?

Wenn ja, wie (z. B. PKW, Flugzeug, Hubschrauber, öffentl. Verkehrsmittel, etc. )

 Ja Nein

## Bluthochdruck / Hypertonie

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wann wurde der Bluthochdruck erstmals festgestellt? (Monat/Jahr)

Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung bzw. Kontrolle? (Wenn Ja, wann zuletzt - Monat/Jahr / In jedem Fall bitte Name und Anschrift des behandelnden Arztes angeben)

 Ja Nein

Wie wird Ihr Bluthochdruck behandelt?

- keine Behandlung
- Medikamente: Name/Tagesdosis:
- Sonstige Maßnahmen - welche?

Welche Blutdruckwerte (RR syst./diast.) wurden zuletzt gemessen?

1. Ergebnis:	Wann?	(Monat/Jahr)
2. Ergebnis:	Wann?	(Monat/Jahr)
3. Ergebnis:	Wann?	(Monat/Jahr)

Welche Art von Untersuchungen wurden durchgeführt?

Ruhe-EKG	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ergometrie/EKG unter Belastung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
24-Stunden Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutuntersuchungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige - Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Befund/Untersuchungsergebnis:

Leiden oder litten Sie an Beschwerden oder Erkrankungen des Herzens, der Blutgefäße, der Nieren, der Schilddrüse, an Arteriosklerose, erhöhten Blutfetten, Gicht, Diabetes oder Übergewicht? Wenn Ja, bitte Angabe von Diagnose, Therapie und Feststellzeitpunkt.

 Ja Nein

Rauchen Sie?

Wenn Ja, was und wieviel pro Tag?

 Ja Nein

Nehmen Sie Alkohol zu sich?

Wenn Ja, was und wieviel pro Woche?

 Ja Nein

Waren Sie in den letzten 3 Jahren aufgrund des Bluthochdrucks arbeitsunfähig?

Wenn Ja, wann (Monat/Jahr) und wie lange??

 Ja Nein



## Epilepsie (Anfallsleiden)

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie wird Ihr Anfallsleiden ärztlicherseits bezeichnet?  
(z. B. Grand- Mal- Epilepsie, Petit-Mal- Epilepsie, Narkoseepilepsie)

Wann ist die Epilepsie zum ersten Mal aufgetreten?

Waren die Anfälle mit Bewußtlosigkeit verbunden?  
Wenn ja, wie lange dauerte die Bewußtlosigkeit?  Ja  Nein

Haben Sie sich bei einem der Anfälle schon einmal verletzt?  
Wenn ja, welche (z. B. Zungenbiß, Kopfverletzungen)?  Ja  Nein

Liegt völlige Ausheilung vor?  
Wenn ja, seit wann?  Ja  Nein

Hatten oder haben Sie (aufgrund der Erkrankung) psychische Probleme  
oder Persönlichkeitsveränderungen?  Ja  Nein

Ursache des Leidens?

Unfallfolge  Ja  Nein

angeboren  Ja  Nein

Folge einer Erkrankung (z. B. Hirnhautentzündung)?  
Wenn ja, welche Erkrankung?  Ja  Nein

Nehmen Sie deswegen Medikamente?  
Wenn ja, welche und Dosierungen?  Ja  Nein

Sind trotz der Behandlung mit Medikamenten Anfälle aufgetreten?  Ja  Nein

Wann hatten Sie den letzten Anfall?

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet? (z. B. Psoriasis, Akne, endogenes Ekzem, Neurodermitis, Furunkulose, Hautpilzerkrankung)

Ursache der Erkrankung? (z.B. Allergie)

Welche Körperstellen sind oder waren betroffen?

Wie groß sind oder waren die betroffenen Hautbezirke? *handteller groß, fünfmarkstück groß, großflächig? am ganzen Körper? sonstige Größenangabe?*

Behandlungsweise/Therapie? Medikamente (z.B. Kortison), Salben, Bestrahlungen, Licht, Bäder oder sonstige Therapie, welche? *(Bitte genaue Bezeichnung)*

Hatten Sie mehrmals Beschwerden?

 Ja Nein

Wann sind die Beschwerden zuletzt aufgetreten?

Sind Sie derzeit vollständig beschwerde- und behandlungsfrei?

 Ja Nein

Besteht Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln? Welche?

Wurde ein Allergietest durchgeführt? Testbefunde?

Wurde ein Allergiepass ausgestellt?

*Wenn ja, bitte Kopie beifügen oder die bestehenden Allergien übertragen!*

 Ja Nein

Leiden Sie unter Heuschnupfen?

 Ja Nein

Haben Sie auch Atembeschwerden?

 Ja Nein

Besteht oder bestand ein Asthma bronchiale?

 Ja Nein

Haben Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit Kontakt mit Pflanzen, Tieren, Chemikalien, Staub, Mehl, Dämpfen oder Rauch?

 Ja Nein

Wurden Sie hyposensibilisiert?

*Wenn ja wogegen/weswegen? Von wann bis wann?*

 Ja Nein

Hyposensibilisierung angeraten bzw. vorgesehen?

 Ja Nein

Anlage

# Herz-, Gefäß-, Kreislaufkrankungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet? (z. B. Angina pectoris, arterielle Durchblutungsstörungen, Herzklappenfehler, Herzinfarkt, hoher bzw. niedriger Blutdruck)

Welche Beschwerden/Symptome hatten bzw. haben Sie noch? (z. B. Atemnot, Herzklopfen oder -schmerzen, Schmerzen in der Brust, Gefühlsstörungen in Armen oder Beinen, Wadenkrämpfe, Schwindel)

Wann wurde die Erkrankung festgestellt?

Wann wurde der Blutdruck zuletzt gemessen?

Mit welchem Ergebnis (in Ruhe)? RR syst.:

Mit welchem Ergebnis (in Ruhe)? RR diast.:

Nehmen Sie wegen der Herz-, Kreislaufkrankung Medikamente?

Ja

Nein

Name und Dosierungen?

Wurde bei Ihnen jemals Eiweiss im Urin festgestellt?

Ja

Nein

Wurde eine Allergietestung vorgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, wurde eine Allergie festgestellt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Welche Art von Untersuchungen wurde durchgeführt?

EKG

Ja

Nein

Herzkatheteruntersuchung

Ja

Nein

Computer- oder Kernspintomographie

Ja

Nein

Sonographie

Ja

Nein

Ultraschalluntersuchung

Ja

Nein

Doppler- bzw. Farbdoppleruntersuchung

Ja

Nein

Sonstige

Ja

Nein

Welche?

Befund/Untersuchungsergebnis

Nur bei »Bluthochdruck« zu beantworten! Um welche Form der Hypertonie handelt es sich?

nierenbedingt (renal)

Ja

Nein

hormonell bedingt (endokrin)

Ja

Nein

Aortenisthmusstenose ohne bekannte Ursache (essentiell)

Ja

Nein

sonstige Ursache, welche?

Ja

Nein

Welche?

# Infektionskrankheiten

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie äußerte sich die Erkrankung?  
*(Krankheitserscheinungen, Beschwerden, erhöhte Werte)*

Welche Körperregionen bzw. Organe waren betroffen?

Wann traten die Beschwerden auf und wann hatten Sie zuletzt Beschwerden?

Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung?

Haben Sie jetzt noch Krankheitserscheinungen?  
*Wenn ja welche?*  Ja  Nein

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet? *(Diagnose)*

Ist Ihnen die Ursache der Erkrankung bekannt?  
*Wenn ja welche?*  Ja  Nein

Mit welchen Medikamenten werden/wurden Sie behandelt und in welcher Dosierung?

Wurden andere therapeutische Maßnahmen durchgeführt oder empfohlen?  
*Wenn ja welche?*  Ja  Nein

Welche speziellen Untersuchungen wurden durchgeführt?  
*(EKG, Röntgen, Ultraschall, CT, Krankenhausbehandlungen oder Operationen)*

Sind weitere Operationen angeraten oder vorgesehen?  
*Wenn ja, welche?*

# Krampfadern/Venenerkrankungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet? (z. B. Krampfadern, Besenreiservarizen, Thrombophlebitis)

Seit wann leiden Sie an Krampfadern bzw. Venenerkrankungen?

Wurden Sie deswegen operiert?

Ja

Nein

Tragen Sie Stützstrümpfe oder Bandagen?

Ja

Nein

Wie wurden Sie seither behandelt?

Sind Sie derzeit beschwerdefrei und benötigen keine Behandlung mehr?

Ja

Nein

Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Thrombosen Embolien

Ja

Nein

Wann?

Venenentzündungen (Phlebitis)

Ja

Nein

Wann?

chronisch venöse Insuffizienz

Ja

Nein

Wann?

Geschwürbildung (Ulkus cruris)

Ja

Nein

Wann?

# Magen- Darm- Erkrankungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie lautet die ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung? (z.B Gastritis, chron. Darmerkrankung (Colitis ulcerosa, Morbus Chron), Refluxkrankheit)

Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch? (z.B Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Schmerzen, Durchfälle, Teerstühle, Blut im Stuhl, etc.)

Erstmaliges Auftreten der Beschwerden? (Monat/Jahr)

Dauer der Beschwerden? (von ... bis ...)

Sind Sie völlig beschwerdefrei? ja, seit:

Nein, Rückfälle sind aufgetreten am:

Werden/wurden Sie mit Medikamenten behandelt? (z.B. Kortison)

Ja, von bis  Nein

Wenn ja, welche Medikamente und welche Dosierung?

Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich?  Ja  Nein

Wenn ja, Art und Menge pro Tag?

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wenn ja, seit

Wie viel Stück pro Tag?

Wurde der Erreger „Helicobacter pylori“ festgestellt?  Ja  Nein

Wurde eine Magen- oder Darmspiegelung vorgenommen?  Ja  Nein

Bitte behandelnden Arzt und Anschrift angeben

Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine Operation vorgesehen?  Ja  Nein

Bitte behandelnden Arzt und Anschrift angeben

Wurde eine Strahlenbehandlung oder Chemotherapie durchgeführt?  Ja  Nein

Bitte Zeitpunkt, behandelnden Arzt und Anschrift angeben

Wann fand die letzte Kontrolluntersuchung statt? Ergebnis:

Anlage

# Medikamentöse Behandlungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Nehmen Sie Medikamente oder Heilmittel ggf. auch nur zur Vorbeugung (z. B. Herz-, Rheuma-, Gichtmittel, Blutdruck-, Fettstoff- oder Harnsäuresenkende Mittel, Antibiotika, Schmerzmittel, etc.)? Wenn ja, Name und Dosierung des Medikaments?

Ja

Nein

Beziehen Sie die Medikamente frei aus der Apotheke?

Ja

Nein

Beziehen Sie die Medikamente mit ärztlicher Verordnung?

Ja

Nein

# Migräne / Kopfschmerzen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Symptome / Beschwerden? (z. B. Licht-, Geruchs- oder Geräuschempfindlichkeit)

Wurde eine Ursache festgestellt?  
Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Haben Sie heute noch Beschwerden?  
Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Wann sind die Beschwerden erstmals und wann zuletzt aufgetreten?

An bis zu wieviel Tagen im Monat haben Sie Kopfschmerzen?

An bis zu wieviel Tagen in der Woche nehmen Sie deswegen Medikamente ein?

Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Kopfschmerzen krank geschrieben?

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt?

neurologische Untersuchung

Ja

Nein

Computertomographie

Ja

Nein

Kernspintomographie

Ja

Nein

Sonstiges?

Befunde?

Welche Medikamente nehmen Sie ein und in welcher Dosierung?



Anlage

# Nervenerkrankungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie wurde Ihr Nervenleiden ärztlicherseits bezeichnet?

Bestanden oder bestehen Symptome wie: Kopfschmerzen, Zittern, Krämpfe, Lähmungen, Erregbarkeit, Schwindel, Ohnmacht, etc. ? *Wenn ja, welche?*

Ja

Nein

Wann trat diese Erkrankung auf?

Wie oft und zu welchen Zeiten traten diese Symptome auf?

Nehmen Sie deswegen Medikamente?  
*Wenn ja, welche und Dosierungen?*

Ja

Nein

Wann zuletzt hatten Sie Beschwerden, bzw. waren wegen dieser Erkrankung in Behandlung?

Anlage

# Nieren-, Harnwegs-, Prostataerkrankungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet? (z. B. Nierenstein, Harnleiterstein, Entzündung der Nieren, des Nierenbeckens, der Blase, der Prostata oder der Harnwege, Prostatavergrößerung, Prostataadenom)

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

Hat Ihr Arzt Ihnen gesagt, dass ein Tumor oder Krebs die Ursache für Ihre Erkrankung ist?

Ja

Nein

Besteht eine der folgenden Erkrankungen/Störungen?

Zysten

Ja

Nein

Einzelniere

Ja

Nein

Doppelniere

Ja

Nein

Abflußbehinderungen

Ja

Nein

Nierenfunktionsstörung

Ja

Nein

keine der genannten, sondern:

Erfolgt eine Behandlung?

Wenn ja, welcher Art?

Ja

Nein

Wann zuletzt waren Sie wegen dieser Erkrankung beim Arzt?

Besteht/bestand ein Steinleiden?

Ja

Nein

Hatten Sie einen oder mehrere Steine?

einen

mehrere

Wann hatten Sie zuletzt Steine?

Steine oder Grieß noch vorhanden?

Ja

Nein

Sind Sie jetzt ohne weitere Behandlung vollständig beschwerdefrei?

Ja

Nein

Anlage

# Ohrenerkrankungen / Schwerhörigkeit

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet? (z.B. Tinnitus, Hörsturz, etc.)

Hat Ihnen der Arzt gesagt, dass eine andere Krankheit die Ursache für Ihre Erkrankung ist?

Ja

Nein

Welche Beschwerden haben Sie derzeit? (z. B. Ohrenklingeln, Schwindelanfälle, Beschwerden beim Hören)

War das eine einmalige Krankheitsepisode?

Ja

Nein

Welche Seite war betroffen?

links

rechts

beide Ohren

Wann traten die Beschwerden zuletzt auf?

Besteht ein Loch im Trommelfell?

Ja

Nein

Besteht eine Schwerhörigkeit?

Ja

Nein

Tragen Sie ein Hörgerät?

einseitig

beidseitig

Hörminderung in Dezibel (dB)? dB rechts und / oder links:

Tragen Sie ein Cochlear-Implantat? (elektronische Prothese zur Korrektur der Innenohrschwerhörigkeit)

Ja

Nein

Liegt eine Sprachstörung vor?

Ja

Nein

Wenn ja, erfolgt eine Therapie (z. B. Sprach- oder Hörschule)?

Ja

Nein

Art der Therapie?

# Schilddrüsenerkrankungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet? (z. B. kalter Knoten, heißer Knoten, Schilddrüsenvergrößerung, Thyreoiditis, etc.)

Wann wurde diese Erkrankung festgestellt?

Welche Beschwerden haben Sie? (z. B. Gewichtsab- bzw. -zunahme, Herzbeschwerden, Gedächtnis-, Konzentrations- oder psychische Probleme, Puls-, Blutdruck-, Atem- oder Augenbeschwerden, etc.)

Liegt eine Schilddrüsenvergrößerung vor? (Kropf, Struma)

 Ja  Nein

Hat / Ist das Wachstum der Kropfgeschwulst in den letzten Jahren:

sich fortgesetzt  Ja  Nein

zum Stillstand gekommen  Ja  Nein

zurückgegangen  Ja  Nein

Funktionslage?

Überfunktion  Ja  Nein

Unterfunktion  Ja  Nein

Normalfunktion  Ja  Nein

Welche diagnostischen Maßnahmen wurden durchgeführt?

Blutuntersuchung  Ja  Nein

Szintigraphie  Ja  Nein

Punktion  Ja  Nein

Ultraschall  Ja  Nein

Radiojodtest  Ja  Nein

Sonstige, welche?

Ergebnis?

Konnte eine bösartige Erkrankung ausgeschlossen werden?  Ja  Nein

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

 Ja  Nein

Wenn ja, welche und Dosierung?

Wenn ja, erfolgt eine prophylaktische Einnahme der Medikamente?

Ist eine Operation oder Radiojodtherapie geplant?

 Ja  Nein

Nur bei Überfunktion zu beantworten!

dekompensiertes autonomes Adenom (toxisches Adenom)  Ja  Nein

diffuse Schilddrüsenautonomie  Ja  Nein

Basedow'sche Erkrankung  Ja  Nein

sonstiger Befund, welcher?



Werden Sicherheitsmaßnahmen verwendet?  
*Wenn ja, welche?*

Ja

Nein

Erlitten Sie bei der Ausübung Ihres Sports jemals einen Unfall oder Verletzung, etc.?  
*Wenn ja, Art, Zeitpunkt und Folgen angeben?*

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde

# Sportrisiko Bergsteigen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Welche Bergsportarten üben Sie aus?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eisklettern       | <input type="checkbox"/> Hochtouren        |
| <input type="checkbox"/> Felsenklettern    | <input type="checkbox"/> Trekking          |
| <input type="checkbox"/> Gletscherbegehung | <input type="checkbox"/> Wettkampfklettern |
| <input type="checkbox"/> Skitouren         | <input type="checkbox"/> Bouldern          |
| <input type="checkbox"/> Free climbing     | <input type="checkbox"/> Sonstiges:        |

In welche Höhen steigen Sie auf?

Klettern Sie alleine?

- 
- Ja
- 
- Nein

Klettern Sie in einer Gruppe?

- 
- Ja
- 
- Nein

Bitte machen Sie nähere Angaben zu vergangenen und künftigen Bergtouren:

Art der Betätigung

Ort

Dauer

Höhe

Schwierigkeitsgrad

Anzahl der bisherigen Bergtouren

Anzahl der Bergtouren in den  
nächsten 12 Moanten

Welche Sicherheitsmaßnahmen nehmen Sie vor?

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sitzgurt  | <input type="checkbox"/> Helm          |
| <input type="checkbox"/> Brustgurt | <input type="checkbox"/> Seilsicherung |
| <input type="checkbox"/> Hüftgurt  |  |

Sind Sie Mitglied in einem Bergsportverein?

*Wenn ja, seit wann und in welcher Funktion?*

- 
- Ja
- 
- Nein

In welchen Ländern üben Sie Bergsport aus?

Haben Sie in der Vergangenheit Bergunfälle erlitten? Wenn ja, bitte Art, Zeitpunkt, Behandlung, Dauer und Folgen der Verletzung(en) bzw. des Unfalls/der Unfälle und Name und Anschrift der behandelnden Ärzte angeben

- 
- Ja
- 
- Nein

Planen Sie an Erstbegehungen / Erstbesteigungen teilzunehmen?

- 
- Ja
- 
- Nein

# Sportrisiko Flugsport

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Welche Flugaktivitäten betreiben Sie?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Motorflüge               | <input type="checkbox"/> Ballonfahrten     |
| <input type="checkbox"/> Segelflüge               | <input type="checkbox"/> Ultraleichtflüge  |
| <input type="checkbox"/> Drachenflüge/Deltasegeln | <input type="checkbox"/> Fallschirmsprünge |
| <input type="checkbox"/> Paragliding              | <input type="checkbox"/> Skysurfen         |
| <input type="checkbox"/> Base Jumping             | <input type="checkbox"/> Sonstiges:        |
| <input type="checkbox"/> Hubschrauberflüge        |  |

Welche Fluglizenzen besitzen Sie?

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PPL-A     | <input type="checkbox"/> CPL-B     |
| <input type="checkbox"/> PPL-B     | <input type="checkbox"/> CPL-C     |
| <input type="checkbox"/> PPL-C     | <input type="checkbox"/> SCPL      |
| <input type="checkbox"/> PPL-D     | <input type="checkbox"/> ATPL-1    |
| <input type="checkbox"/> PPL-E     | <input type="checkbox"/> ATPL-2    |
| <input type="checkbox"/> PPL/SPL-F | <input type="checkbox"/> ATPL-B    |
| <input type="checkbox"/> CPL-A     | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

Welche flugbezogenen Berechtigungen haben Sie?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Instrumentenflug        | <input type="checkbox"/> Langstreckenflug        |
| <input type="checkbox"/> Nachtflug               | <input type="checkbox"/> Kunstflug               |
| <input type="checkbox"/> Streu/Sprühflug         | <input type="checkbox"/> Ausbildungsberechtigung |
| <input type="checkbox"/> Schleppflug             | <input type="checkbox"/> Testflug                |
| <input type="checkbox"/> Einweisungsberechtigung | <input type="checkbox"/> Sonstige:               |

Beabsichtigen Sie zusätzliche Erlaubnisse und Berechtigungen zu erwerben?

Wenn ja, welche?

- 
- Ja
- 
- Nein

Sind Sie Flugschüler?

Wenn ja, wann endet die Ausbildung?

- 
- Ja
- 
- Nein

Sind Sie als Fluglehrer tätig?

Wenn ja, ehrenamtlich, neben- oder hauptberuflich?

- 
- Ja
- 
- Nein

Üben Sie eine der folgenden fliegerischen Betätigungen aus?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personenbeförderung       | <input type="checkbox"/> Teilnahme an Werbe-, Bannerflügen              |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme an Wettbewerben | <input type="checkbox"/> Teilnahme an Schauflügen, Schauveranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> Kunstflugvorführungen     | <input type="checkbox"/> Sonstige:                                      |
| <input type="checkbox"/> Stuntflüge                |   |

Fliegen Sie außerhalb Europas?

Wenn ja, wo?

- 
- Ja
- 
- Nein

Welches Ergebnis zeigte die letzte Flugtauglichkeitsuntersuchung?



Hatten Sie jemals einen Flugunfall, oder waren Sie jemals verwickelt in die Verletzung bestehender Flugvorschriften? *Wenn ja, bitte genaue Angaben.*

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kunde

# Sportrisiko Kampfsport

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Welche Kampfsportarten üben Sie aus?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aikido                   | <input type="checkbox"/> Kung - Fu (Wu Shu)              |
| <input type="checkbox"/> Jiu - Jitsu (Ju - Jutsu) | <input type="checkbox"/> Taekwon - Do                    |
| <input type="checkbox"/> Kendo                    | <input type="checkbox"/> Thai - Boxen                    |
| <input type="checkbox"/> Judo                     | <input type="checkbox"/> Wing - Tsun                     |
| <input type="checkbox"/> Karate                   | <input type="checkbox"/> Kontakt - Karate (Full Contact) |
| <input type="checkbox"/> Kickboxen                | <input type="checkbox"/> Kyudo                           |

Welchen Dan-Grad haben Sie erworben?

Seit wann üben Sie Kampfsport aus?

Sind Sie Mitglied in einem Verein?

Wenn ja, in welchem?

Ja

Nein

Welchen Status haben Sie? Amateur, Semi-Profi oder Profi?

Sind Sie auch als Kampfsportlehrer tätig?

Ja

Nein

Nehmen Sie an Kampfsportveranstaltungen teil?

Wenn ja, bitte Angaben über Art, Häufigkeit, Austragungsorte der Veranstaltungen.

Ja

Nein

Sind zur Ausübung spezielle Körperschutzmaßnahmen erforderlich?

Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Haben Sie durch Ihren Sport, Unfälle oder Verletzungen erlitten?

Wenn ja, bitte nähere Angaben über Art, Zeitpunkt, Behandlung, Folgen, etc.

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde

# Sportrisiko Motorsport

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Der Motorsport wird betrieben mit:

- dem Kraftwagen       dem Motorboot  
 dem Motorrad       Sonstiges:

Nähere Angaben zum Fahrzeug:

Fahrzeugtyp / Hersteller:	Motorleistung (PS)
Hubraum (ccm)	Höchstgeschwindigkeit

Der Motorsport wird betrieben als:

- Amateur       Sonstiges:  
 Profi

Besitzen Sie eine Sportfahrerlizenz

Wenn ja, welche und seit wann?

 Ja       Nein

Wurde Ihre Sportfahrerlizenz schon mal entzogen?

Wenn ja - warum, wann und wie lange?

 Ja       Nein

Nehmen Sie an Wettbewerben teil?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rundstreckenrennen | <input type="checkbox"/> Enduro         |
| <input type="checkbox"/> Langstreckenrennen | <input type="checkbox"/> Motocross      |
| <input type="checkbox"/> Bergrennen         | <input type="checkbox"/> Hallencross    |
| <input type="checkbox"/> Speedway           | <input type="checkbox"/> Eisspeedway    |
| <input type="checkbox"/> Grasbahnrennen     | <input type="checkbox"/> Go-Kart-Rennen |
| <input type="checkbox"/> Rallies            | <input type="checkbox"/> Sonstiges:     |

Anzahl der Wettbewerbe in den letzten 2 Jahren

Anzahl der Wettbewerbe in den nächsten 12 Monaten

Veranstalter

In welchen Ländern werden die Wettbewerbe ausgeführt?

Hatten Sie bisher Verletzungen oder Unfälle bei Ihrer motorsportlichen Betätigung?

Wenn ja, bitte Art, Zeitpunkt, Behandlung, Dauer und Folgen der Verletzungen bzw. des Unfalls und Name und Anschrift der behandelnden Ärzte angeben.

 Ja       Nein

Anlage

# Sportrisiko Reitsport

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Welche Art des Reitsports üben Sie aus?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Freizeitreiten  | <input type="checkbox"/> Rennreiten                  |
| <input type="checkbox"/> Dressurreiten   | <input type="checkbox"/> Polo                        |
| <input type="checkbox"/> Springreiten    | <input type="checkbox"/> Geländereiten, Military     |
| <input type="checkbox"/> Rodeo           | <input type="checkbox"/> Nebenberuflicher Reitlehrer |
| <input type="checkbox"/> Hindernisrennen | <input type="checkbox"/> Sonstiges:                  |
| <input type="checkbox"/> Trabrennen      |  |

Benötigen Sie zur Ausübung des Reitsports eine Lizenz?

Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Nehmen Sie an Wettbewerben teil? Wie Oft?

- Springturniere
- Dressurturniere
- Vielseitigkeitsprüfungen (inkl. Geländereiten, Military)
- Galopprennen / Flachbahn
- Hindernisrennen
- Trabrennen
- Sonstige reitsportliche Wettkämpfe

Haben Sie im Rahmen Ihrer reitsportlichen Betätigung bisher Unfälle erlitten?

Wenn ja, bitte Art, Zeitpunkt, Behandlung, Dauer, folgen, etc. angeben

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde

# Sportrisiko Tauchsport

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Welche Art des Tauchsports üben Sie aus?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schnorcheltauchen/Apnoetauchen              | <input type="checkbox"/> Rebreathertauchen                       |
| <input type="checkbox"/> Tauchen mit PreBlufttauchgeräten (Atemluft) | <input type="checkbox"/> ehrenamtlicher Tauchlehrer/in im Verein |
| <input type="checkbox"/> Tauchen mit Mischgas wie Nitrox oder Trimix | <input type="checkbox"/> Sonstiges:                              |

Welche Tauchausbildung haben Sie absolviert?

Wie tauchen Sie?

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alleine   | <input type="checkbox"/> in einer Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Paarweise |  |

Bitte machen Sie nähere Angaben zu folgenden Punkten:

Anzahl der Tauchgänge im vergangenen Jahr:

Anzahl der für dieses Jahr geplanten Tauch-

gänge: Bisherige durchschnittliche Tauchtiefe:

Bisherige maximale Tauchtiefe:

Durchschnittliche Tauchdauer:

Maximale Tauchdauer:

Haben Sie bisher Krankheiten, Verletzungen oder Unfälle beim Tauchen erlitten?

Wenn ja, bitte Art, Zeitpunkt, Behandlung, Dauer und Folgen der Verletzungen bzw. des Unfalls und Name und Anschrift der behandelnden Ärzte angeben.

Ja

Nein

Bitte geben Sie sonstige bisher nicht angesprochene Besonderheiten Ihrer Tauchtätigkeit inkl. entsprechender Details an (z. B. Höhlentauchen, Eistauchen, Nachtauchen, Strömungstauchen, Fototauchen, Wracktauchen zur Bergung oder Erkundung, etc.)

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

# Stoffwechselstörungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Welche Normabweichungen wurden diagnostiziert? (Bitte Werte angeben)

HDL-Cholesterin

Harnsäure

Gesamt-Cholesterin

Triglyceride

LDL-Cholesterin

Wann wurden diese Abweichungen erstmals diagnostiziert?

Mit welchen Medikamenten und in welcher Dosierung wurden bzw. werden Sie behandelt?

Medikament:	Dosierung:	seit:	von:	bis:
<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Sonstige/Weitere:

Müssen Sie eine Diät einhalten?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Kommen bzw. kamen solche Abweichungen in Ihrer Familie auch bei anderen Personen vor?

Ja  Nein bei:

Welche der nachstehenden Erkrankungen oder Störungen wurden außerdem diagnostiziert?

- Herzerkrankung
- Bluthochdruck
- Kreislauferkrankung
- Übergewicht
- Gichtanfälle
- Sonstige, welche:

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

# Tätigkeitsbeschreibung

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Welchen Beruf üben Sie aus?

In welcher Branche sind Sie tätig?

Festes Angestelltenverhältnis

 Ja Nein

auf Zeit begrenztes Angestelltenverhältnis

 Ja Nein

freiberuflich / selbstständig

 Ja Nein

Anzahl der angestellten Vollzeitkräfte

Seit wann? Bei befristetem Verhältnis von/bis

Welche Ausbildung haben Sie absolviert? Bitte Angabe zu Art, Institution, Ort, Dauer, Abschluß, etc.

Angaben zum bisherigen beruflichen Werdegang

Wie hoch schätzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit ein?

Kaufmännische Tätigkeit:

 %

Reisetätigkeit:

 %

Handwerkliche/Praktische Tätigkeit:

 %

Sonstige Tätigkeit:

 %

Künstlerische Tätigkeit:

 %

Bürotätigkeiten:

 %

Sind Sie in Ihrer Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt?

Wenn ja, welchen?

 Ja Nein

Worin besteht Ihre berufliche Tätigkeit? Tragen Sie bitte den durchschnittlichen Zeitaufwand für die verschiedenen Teiltätigkeiten in die Übersicht ein. Hierbei ist es wichtig, dass ein Außenstehender nachvollziehen kann, welche Aufgaben und Tätigkeiten ausgeübt werden. (Detaillierte Beschreibung und derzeitige Tätigkeit)

Hauptaufgaben:

 Täglicher Zeitaufwand Wöchentlicher Zeitaufwand

\_\_\_\_\_ Std.

\_\_\_\_\_ Std.

\_\_\_\_\_ Std.

\_\_\_\_\_ Std.

\_\_\_\_\_ Std.

Welche der folgenden Belastungen bzw. gesundheitlichen Anforderungen treffen bei Ihrer Tätigkeit überdurchschnittlich häufig zu?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unfallgefahr  | <input type="checkbox"/> schwere körperliche Arbeit                                |
| <input type="checkbox"/> Witterungs- und Temperatureinflüsse                 | <input type="checkbox"/> Arbeiten in Zwangshaltung (z. B. Knien, Überkopfarbeiten) |
| <input type="checkbox"/> Kontakt mit Stäuben, Gasen oder Chemikalien         | <input type="checkbox"/> Hand- und Fingerfertigkeit                                |
| <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr                                    | <input type="checkbox"/> Sehvermögen   |
| <input type="checkbox"/> Erschütterungen, Vibrationen                        | <input type="checkbox"/> Hörvermögen   |
| <input type="checkbox"/> Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln / Maschinen | <input type="checkbox"/> Stimme  |
| <input type="checkbox"/> Lärm  | <input type="checkbox"/> Geschmacksvermögen  |
| <input type="checkbox"/> ständige Konzentration                              | <input type="checkbox"/> Akkordarbeit  |
| <input type="checkbox"/> psychische Beanspruchung                            | <input type="checkbox"/> Schichtdienst   |
| <input type="checkbox"/> Riechvermögen                                       | <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeitszeiten                               |
| <input type="checkbox"/> Tastvermögen  |  |

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kunde



## Tumore / Gutartige Geschwulste

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie lautet die Diagnose? (z.B. Polypen, Zysten, Leukämie (Blutkrebs), Darmkrebs, Hautkrebs, Hirntumor, geschlechtsspezifische Tumore (Brust, Gebärmutter, Prostata))

An welchem Körperteil/ in welchem Organ befand sich der Tumor?

Welche Beschwerden bestehen/ bestanden im Bezug auf die Erkrankung?

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

Ist eine operative Entfernung erfolgt?

Wenn ja, wann?

 Ja Nein

Konnten die Tumore vollständig entfernt werden?

 Ja Nein

Konnte eine bösartige Erkrankung ausgeschlossen werden?

 Ja Nein

Kam es zu erneutem Auftreten des Tumors?

Wenn ja, wann?

 Ja Nein

Sind Sie zu den Kontrolluntersuchungen gegangen?

Wenn ja, wie oft, wann zuletzt und mit welchem Ergebnis?

 Ja Nein

Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?

Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch?

 Ja Nein

Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Selbsttötungsversuch unternommen?

Wenn ja, wann und aus welchem Grund?

 Ja Nein

Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente ein? (d.h.

mehr als 1 Monat lang täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament; auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)

 Ja Nein

# Unfall / Verletzung

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wann erlitten Sie die Verletzung bzw. den Unfall? (Monat/Jahr)

Was war die Ursache?

Welche Verletzungen zogen Sie sich zu und welche Körperteile waren betroffen?  
(z.B. Knochenbruch, Bänderriss, Sehnenverletzung, Organverletzung)

Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Verletzung(en)?

Werden oder wurden Sie wegen der Verletzungen ärztlich behandelt?

Ja

Nein

Wann (Monat/Jahr)?

Wie lange?:

Wie wurde die Verletzung behandelt? (z.B. Verband, Gips, Krankengymnastik, Medikamente):

Anschrift des behandelnden Arztes:

Wurden spezielle Untersuchungen durchgeführt?  
(z.B. Röntgen, Kernspintomographie)

Ja

Nein

Wann (Monat/Jahr)?

Welche?:

Befund:

Sind Sie operiert worden?

Ja

Nein

Wann (Monat/Jahr)?

Art der Operation (Schraube, Platte, Draht, etc.):

Befund:

Ist eine Operation geplant? (Monat/Jahr):

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der Verletzung?

Nein, keine Folgen/Beschwerden seit (Monat/Jahr):

Ja - Folgen/Beschwerden (bitte genaue Angaben):

Wurden stationäre oder ambulante Reha-Maßnahmen durchgeführt?

Nein

Ja - von wann bis wann? (Monat/Jahr):

# Unfall / Verletzung

Waren Sie wegen der Verletzung bzw. wegen des Unfalls arbeitsunfähig?

- Nein
- Ja - Arbeitsunfähigkeitszeichen:

Wurde bei Ihnen eine Behinderung bzw. eine Minderung der Erwerbsfähigkeit festgestellt?

- Nein
- Ja - Grad der Behinderung/MdE (bitte Ausweiskopie beifügen):

Beziehen oder bezogen Sie eine Unfallrente?

- Nein
- Ja - Leistungsträger:

Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

- Nein
- Ja - Welche Einschränkungen bestehen?

## Zuckerkrankheit / Diabetes

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie lautete die Diagnose des Arztes genau?

- Diabetes mellitus Typ 1     Diabetes insipidus  
 Diabetes mellitus Typ 2

Wann wurde diese Diagnose erstmals gestellt?

Wie wird Ihre Zuckerkrankheit behandelt?

Erfolgt bisher eine Behandlung?

 Ja     Nein

Diät; Broteinheiten pro Tag:

Tabletten; Name, Dosierung:

Insulin; Einheiten pro Tag:

Benutzen Sie eine Insulinpumpe?

 Ja     Nein

Kontrollieren Sie Ihren Blutzucker selbst?

 Ja     Nein

Führen Sie ein Blutzuckertagesprofil?

Bitte fügen Sie uns die Kopie eines aktuellen Tagesprofils bei.

 Ja     Nein

Wie hat sich Ihr Gewicht in den letzten Jahren verändert?

- Ist stabil geblieben.  
 Hat sich erhöht und zwar um \_\_\_\_\_ kg, in \_\_\_\_\_ Jahren.  
 Hat sich vermindert und zwar um \_\_\_\_\_ kg, in \_\_\_\_\_ Jahren.

Ist bei Ihnen ein diabetisches Koma aufgetreten (Ohnmacht wegen Überzuckerung)?

 Ja     Nein    am: \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen jemals ein diabetischer Schock aufgetreten?

 Ja     Nein    am: \_\_\_\_\_

Haben Sie oder hatten Sie Durchblutungsstörungen, einen Schlaganfall oder Lähmungserscheinungen?

 Ja     Nein

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung oder Beschwerden des Herzens oder der Nieren?

 Ja     Nein

Wurde bei Ihnen jemals Eiweiss im Urin festgestellt?

 Ja     Nein

Haben Sie Bluthochdruck oder wurden bei Ihnen jemals Bluthochdruckwerte gemessen?

 Ja     Nein

Geben Sie bitte die zuletzt gemessenen Werte aus den Blutuntersuchungen an.

Gemessener Wert:

Datum:

Blutzucker nüchtern mg/dl:

Blutzucker nach dem Essen (postprandial) mg/dl:

HbA1 g/dl:

HbA1c g/dl:

# Psychische Erkrankungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet? (z. B. Depression, Burn-Out-Syndrom, Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom - ADS, ADHS)

Unter welchen Beschwerden / Symptomen leiden oder litten Sie?

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? (MM/JJJJ)

Wie häufig sind die Beschwerden aufgetreten?

Mal

Wann sind die Beschwerden letztmals aufgetreten? (MM/JJJJ)

Welche Ursachen können Sie für die Beschwerden nennen?

Haben Sie einen Selbsttötungsversuch vorgenommen?  
Falls ja, wann? (MM/JJJJ)

 Ja Nein

Waren Sie wegen der Erkrankung in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?  
Falls ja, wann?

 Ja Nein

Von

(MM/JJJJ)

-

bis

(MM/JJJJ)

Sind Sie aktuell in Behandlung?

 Ja Nein

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Erkrankung ein?  
Falls ja, welche?

 Ja Nein

Medikament

Dosis

Seit (MM/JJJJ)

Bis (MM/JJJJ)

Wurde eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen oder durchgeführt?  
Falls ja, wo, wann und welche?

 Ja Nein

Sofern Sie zum Zeitpunkt der Beschwerden berufstätig waren, wurden Sie deshalb krank geschrieben? Falls ja, von wann bis wann?

 Ja Nein

Anlage

# Psychische Erkrankungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?

Ja

Nein

Falls ja: Bitte geben Sie den Zeitpunkt des Wechsels, den früheren und jetzigen Beruf an.

Besteht eine Schwerbehinderung (GdB) oder wurde ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) festgestellt?

Ja

Nein

Falls ja:

% GdB

% GdS

Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?

Name + Anschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet? (z. B. Bandscheibenvorfall, Hexenschuß, Hüft- oder Kniearthrose, Schulter-Arm-Syndrom, Myalgien, Ischias, etc.)

Welche Beschwerden liegen vor? (z. B. Bewegungsstörungen, Gelenkschmerzen, Gelenkschwellungen, Nervenschmerzen, Entzündungen, etc.)

An welchen Körperstellen treten oder traten Beschwerden auf? (genaue Bezeichnung, z. B. linkes Knie)

Wie wurden oder werden Sie behandelt?

- |  |  |       |
|--|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Tabletten                     | <input type="checkbox"/> Operation erfolgt »     | wann: |
| <input type="checkbox"/> Massagen                      | <input type="checkbox"/> Operation geplant »     | wann: |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik              | <input type="checkbox"/> Reha-Maßnahme erfolgt » | wann: |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur                    | <input type="checkbox"/> Reha-Maßnahme geplant » | wann: |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlung, Fango            |  |       |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Behandlung - welche: |  |       |

Welche Art von Untersuchungen wurden durchgeführt?

- Röntgenuntersuchung, am (Monat/Jahr):
- Gelenkspiegelung/Arthroskopie, am (Monat/Jahr):
- Computer-, Kernspintomographie, am (Monat/Jahr):
- Ultraschall, am (Monat/Jahr):
- MRT, am (Monat/Jahr):
- Sonstige - welche, am (Monat/Jahr):

**Ergebnis:**

- Kein krankhafter Befund
- Krankhafter Befund, bitte erläutern:

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? (Monat/Jahr)

Wie häufig sind die Beschwerden aufgetreten?

- einmalig  wiederholt » Wie oft im Jahr:
- dauernd/chronisch

Wann sind die Beschwerden letztmals aufgetreten? (Monat/Jahr)

Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Dauer?

- Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  Nein

Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereitserfolgt oder angeraten? (Falls ja, bitte mit Angabe des früheren und jetzigen Berufs und den Zeitpunkt des Wechsels)

- Ja: \_\_\_\_\_  Nein

Besteht eine Schwerbehinderung (GdB) oder wurde ein Grad der Schädigungsfolgen festgestellt?

- GdB: \_\_\_\_\_  GdS: \_\_\_\_\_

Anlage

# Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Bestehen noch Funktionsbeeinträchtigungen der Erkrankung in irgendwelcher Art? (Wenn ja, welche?)

Nein

Ja - welche:

Welcher Arzt ist am besten über Ihre Erkrankung informiert? (Name, Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde



# Fragebogen Gewicht

## Angaben zur versicherten Person

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

## Belehrung über die vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung rückwirkend verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 19 ff. VVG sowie in der gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/ Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf der Rückseite Ihres Antrags bzw. Ihrer unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag.

## Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

## Angaben zum Gewicht

1. Sind die angegebenen Körpermaße von:

Größe  cm und Gewicht  kg (noch) zutreffend?  Ja  Nein

Falls nein: Bitte geben Sie uns die korrekte Größe und das Gewicht an:

Größe  cm und Gewicht  kg

2. Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr verändert? Falls ja: Um wieviel Kilogramm?

zugenommen  kg

abgenommen  kg

Welche Ursache hat die Gewichtsveränderung?

## Angaben zum Gesundheitszustand

3. Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen

Herzerkrankung

Blutgefäßerkrankung

Bluthochdruck

Nierenerkrankung

Schilddrüsenerkrankung

Diabetes

Stoffwechselstörung

Essstörungen

Sonstige:

# Fragebogen Gewicht

## Angaben zum Gesundheitszustand

4. Bestehen oder bestanden Beschwerden seitens des Bewegungsapparates (z. B. Knie, Wirbelsäule)?  Nein  Ja

Falls ja, welche?

5. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten Medikamente verordnet?  Nein  Ja

Falls ja, Zeitraum und welche?

6. Rauchen Sie?  Nein  Ja

Falls ja, wieviel und seit wann?

7. Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an, der uns über Ihren aktuellen Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann.

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)

- Zusätzliche Angaben sind beigefügt  
 Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben  
 Es folgen noch Angaben - Anzahl Extrablätter:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder den Vertrag rückwirkend anpassen und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweigern kann. Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglistiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleistung verweigern.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person, falls nicht Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
ges. Vertreter