

Name: Geschlecht: m w

Geburtsdatum: Beruf: _____ angestellt selbständig

1. Ambulant

Selbstbehalt im Bereich von _____ € bis _____ €

Ambulante Leistungsfragen	Grundschatz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
GOÄ - Ärzte ambulant	mindestens <1,8 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 2,3 <input type="checkbox"/> 3,5 <input type="checkbox"/>		
GOÄ - Ärzte ambulant darüber	mindestens Kulanz <input type="checkbox"/> mit Beschränkung <input type="checkbox"/> ohne Beschränkung <input type="checkbox"/>		
GOÄ - Ärzte ambulant Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausland unbegrenzt - akut	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Ausland unbegrenzt - gezielt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Arznei/Verbandmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Medikamentenähnliche Nahrungsmittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• parenterale Ernährung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• enterale Ernährung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Heilmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ergotherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Logopäde	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Physikalische Therapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Podologie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Preisverzeichnis Heilmittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Preisverzeichnis Hilfsmittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Ambulante Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
Hilfsmittelkatalogart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hilfsmittelkatalog offen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Hilfsmittelkatalog ausschließlich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Hilfsmittelkatalog geschlossen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Hilfsmittelkatalog offener Ausschluss	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel - für Blinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blindenhund	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Blindenstock	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Elektronisches Lesegerät	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel - Körperersatzstücke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Armprothesen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Beinprothesen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Brustprothesen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Kunststauge	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel - Krankenfahrstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel - lebenserhaltende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel - orthopädische	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Orthopädische Schuhe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel - sanitäre Verbrauchsartikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel - technische	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel - sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brillen / Sehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LASIK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kontaktlinsen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Kontaktlinsen Pflegemittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Ambulante Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
Alternative Heilmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternative Arzneimittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Approbierte psychologische Psychotherapeuten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Diplompsychologe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Ärzte mit verfahrensbezogenen Zusatzausbildung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Analytische Psychotherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Verhaltenstherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorge - Auswirkung auf BRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorge - Anrechnung auf SB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzimpfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbehalt gilt für	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Weitere Selbstbeteiligungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Selbstbehalt im 1. Jahr	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Selbstbehalt ab 65. Lebensjahr	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Reduziert sich der Selbstbehalt ab dem 65. Lebensjahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarztprinzip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportkosten ambulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transportkosten ambulant	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Fahrtkosten ambulant	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Ambulante Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
Häusliche Krankenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Häusliche Grundpflege	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Häusliche Behandlungspflege	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Hauswirtschaftliche Versorgung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Kur ambulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurort-Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft - Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umwandlung Voll in Zusatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosigkeit beitragsfrei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Stationäre Unterbringung

Einbettzimmer Zweibettzimmer Mehrbettzimmer
 Behandlung durch Privatarzt Ja Nein

Stationäre Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
Ambulante Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemischte Anstalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• auch ohne vorherige schriftliche Leistungszusage	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Privatkliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOÄ - Ärzte stationär	mindestens <1,8 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 2,3 <input type="checkbox"/> 3,5 <input type="checkbox"/>		
GOÄ - Ärzte stationär darüber	mindestens Kulanz <input type="checkbox"/> mit Beschränkung <input type="checkbox"/> ohne Beschränkung <input type="checkbox"/>		
GOÄ - Ärzte stationär Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausland unbegrenzt - akut	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Ausland unbegrenzt - gezielt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Krankenhausmeldung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geltungsbereich Europa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geltungsbereich außereuropäisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnsitzverlegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rooming in (Elternteil und Kind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anschlussheilbehandlung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• AHB, Reha ohne Vorleistung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Stationäre Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
Stationäre Unterkunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ersatz-KHT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbehalt gilt für	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komfortzuschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportkosten im Inland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transportkosten Inland	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
• Fahrtkosten Inland	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Transportkosten Weltweit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auslandsrücktransport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Auslandsbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entbindungspauschale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entziehungsmaßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umwandlung Voll in Zusatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Befruchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterilisation bei Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kur stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beitragsfrei bei Elternschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Zahnleistung

Erstattung mindestens

Zahnbehandlung _____ %
 Kieferorthopädie _____ %
 Zahnersatz _____ %

Zahn-Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
GOZ - Zahnärzte	mindestens <1,8 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 2,3 <input type="checkbox"/> 3,5 <input type="checkbox"/>		
GOZ - Zahnärzte darüber	mindestens Kulanz <input type="checkbox"/> mit Beschränkung <input type="checkbox"/> ohne Beschränkung <input type="checkbox"/>		
GOZ - Zahnärzte Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausland unbegrenzt - akut	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Ausland unbegrenzt - gezielt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Zahnleistung - Erstattung in %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preisverzeichnis Zahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inlays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gnathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Material- und Laborkosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summenbegrenzung Zahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Keine Summenbegrenzung Zahnbehandlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Keine Summenbegrenzung Zahnersatz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Zahn-Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
• Keine Summenbegrenzung Kieferorthopädie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Entfällt Summenbegrenzung bei Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heil- und Kostenplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heil- und Kostenplan - Zahnbehandlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Heil- und Kostenplan - Zahnersatz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Heil- und Kostenplan - Kieferorthopädie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Fahrtkosten zum Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Zähne - Zuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Zähne - Erstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laufende Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbehalt gilt für	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umwandlung Voll in Zusatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>