

Worauf legen Sie in Sachen Gesundheit besonderen Wert ?

Erhebung für: _____

sehr wichtig	weniger wichtig	unwichtig
-----------------	--------------------	-----------

Beim Zahnarzt wünsche ich Leistungen:

- * für einfachen Zahnersatz (Regelversorgung der Kasse)
- * für höherwertigen Zahnersatz (privatärztliche Leistungen)
- * für Implantate und Inlays
- * bei Zahnbehandlung
- * für Kieferorthopädie
- * für Zahnreinigung und -prophylaxe

Im ambulanten Bereich wünsche ich Leistungen:

- * für Brille und Kontaktlinsen
- * für die gesetzliche Zuzahlung bei Kuren
- * bei Krankheit im Ausland
- * beim Heilpraktiker
- * für Naturheilkunde durch Ärzte
- * für Heilmittel (Zuzahlungen bei Krankengymnastik, Massagen usw.)
- * für Hilfsmittel (für Krankenfahrstuhl, Krücke, Perücke usw.)
- * für Zuzahlungen bei Medikamenten
- * für Zuzahlungen bei Haushaltshilfen
- * für erweiterte Vorsorgeuntersuchungen
- * für Reiseschutzimpfungen

Im Krankenhaus wünsche ich folgende Leistungen:

- * Übernahme der gesetzlichen Eigenbeteiligung von 10 €/Tag
- * freie Wahl des Krankenhauses
- * Rooming-in bei Kindern
- * freie Wahl des behandelnden Arztes
- * Unterbringung im Zweibett-Zimmer
- * Unterbringung im Einbett-Zimmer
- * bevorzugte Terminvergabe in Spezialkliniken
- * Übernahme modernster Verfahren

An Barleistungen (Tagegelder) wünsche ich Leistungen:

- * bei längerer Arbeitsunfähigkeit (Krankentagegeld EKTG)
- * für Kuren (Kurtagegeld EKUR)
- * bei Krankenhausaufenthalt (KH-Tagegeld EKH)
- * bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit

Welchen Versicherungsschutz könnten Sie versichern?

Neben Ihren Wünschen muss auch der Gesundheitszustand eine wichtige Rolle in den Überlegungen Ihres Vermittlers spielen, wenn es um eine bedarfsgerechte und realistische Empfehlung geht. Nur so erhalten Sie Tarife als Empfehlung, die zu Ihren Wünschen passen und auch tatsächlich abschließbar sind.

Deshalb bitte ich Sie noch um Beantwortung folgender Fragen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt? ja nein
2. Erfolgte in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen mit krankhaftem Befund wegen einer (oder mehrerer) der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen/Beschwerden:
- * Alkohol-/Drogenmissbrauch
 - * Asthma bronchiale
 - * Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
 - * Depression
 - * Diabetes mellitus
 - * Epilepsie
 - * Herzinfarkt
 - * Krebserkrankung
 - * Multiple Sklerose
 - * Neurodermitis
 - * Rheumatische Erkrankungen
 - * Schlaganfall
 - * Alzheimer
 - * Arthritis oder Arthrosen
 - * Blutgerinnungsstörungen
 - * Demenz
 - * Knochenschwund
 - * Lähmungen
 - * Muskelschwund
 - * psychische Erkrankungen
3. Erfolgte in den letzten 5 Jahren ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt oder ist er geplant? ja nein
(gilt nicht für eine erwachsene Begleitperson bei durchgeführter Mutter-Kind-Kur)
4. Besteht eine Zahn- und/oder Kieferfehlstellung oder ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen oder wird sie durchgeführt? ja nein
5. Sind Sie arbeitsunfähig oder waren Sie in den letzten 3 Jahren länger als eine Woche durchgehend arbeitsunfähig? ja nein
6. Beziehen Sie Leistungen aus einer Pflegeversicherung oder haben Sie diese Leistungen beantragt? ja nein
7. Ihre Körpergröße in cm:
Ihre Körpergewicht in kg:

Datum

Unterschrift