

Gesundheitsfragebogen



Hand in Hand ist
HanseMerkur



Name: _____
Größe: _____ cm
Gewicht: _____ kg

Gesundheitsfragen

(Beantworte bitte alle Fragen mit ☐ **Ja** oder ☐ **Nein**. Falls „Ja“, bitte in * detailliert ergänzen.)

1. **Bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden/Krankheiten/Unfälle** ohne ärztliche Behandlung?
☐ Ja ☐ Nein
2. **Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen/Untersuchungen** (inkl. Befunde wie Hepatitis, Allergien, Asthma usw.) durchgeführt?
☐ Ja ☐ Nein
3. **Sind Behandlungen/Untersuchungen für die Zukunft geplant/angeraten?**
☐ Ja ☐ Nein
4. **Besteht(d) regelmäßiger Konsum** von Drogen, Medikamenten oder Alkohol?
☐ Ja ☐ Nein
5. **Behandlungen/Untersuchungen in Klinik/Kur/Psychotherapie** in den letzten 5 Jahren?
☐ Ja ☐ Nein
6. **Sind solche Behandlungen künftig geplant/angeraten?**
☐ Ja ☐ Nein
7. **Liegt Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit, Behinderung, Wehrdienstschädigung oder Pflegebedürftigkeit vor oder ist beantragt/geplant?**
☐ Ja ☐ Nein
8. **Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne) ohne Ersatz oder Lückenschluss?**
☐ Ja ☐ Nein Anzahl fehlender Zähne: _____
9. **Besteht aktuell Zahnersatz (Implantate, Kronen, Inlays)?**
☐ Ja ☐ Nein

Hinweis: Bei Ja entfällt die Leistungspflicht für diese Maßnahme.

Gesundheitsfragebogen



10. Sind Zahnersatzmaßnahmen für die Zukunft geplant?

☐ Ja ☐ Nein

Hinweis: Bei Ja entfällt die Leistungspflicht für diese Maßnahme.

11. Fanden in den letzten 3 Jahren Parodontose-Behandlungen/-Untersuchungen statt oder sind solche geplant?

☐ Ja ☐ Nein

Hinweis: Bei Ja entfällt die Leistungspflicht.

12. Fanden in den letzten 3 Jahren kieferorthopädische Behandlungen/-Untersuchungen statt oder sind solche geplant?

☐ Ja ☐ Nein

Hinweis: Bei Ja entfällt die Leistungspflicht.

* Details zu „Ja“-Antworten

(Bei mindestens einer „Ja“-Antwort bitte ergänzen.)

Nr.	Art der Beschwerden / Behandlung / Unfall / Befund	Zeitraum (von – bis)	Routine oder krankheitsbedingt?	Weitere Maßnahmen geplant?	Seit wann?	Arbeitsunfähigkeit (von – bis)
			☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	_____	_____ – _____
			☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	_____	_____ – _____
			☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	_____	_____ – _____
			☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	_____	_____ – _____
			☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	_____	_____ – _____

Angaben zu Ärzten / Therapeuten

- Hausarzt: _____, Tel.: _____
- Zahnarzt: _____, Tel.: _____
- Weitere Fachärzte/Heilpraktiker/Therapeuten:
 1. _____, Tel.: _____
 2. _____, Tel.: _____

Anlage/n

Gesundheitsfragebogen



☐ Ich füge ergänzende Dokumente bei (z. B. Atteste, Arztberichte). Anzahl Beilagen: _____

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Mir ist bekannt, dass unvollständige oder falsche Angaben zum Wegfall des Versicherungsschutzes oder zu anderen rechtlichen Nachteilen gemäß § 19 VVG führen können.

Ort: _____ **Datum:** ____ . ____ . ____

Unterschrift der versicherten Person (oder Erziehungsberechtigten):

Versicherte Person
(Erziehungsberechtigte/r 1)

(Erziehungsberechtigte/r 2)