

▶ 11. Andere private Kranken-/Tagegeldversicherungen

Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer (bitte auch die Allianz Private Krankenversicherungs-AG und Versicherungen im Ausland nennen)?

Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

Person	Art der Privaten Krankenversicherung? (auch ambulante, stationäre bzw. Zahn-Zusatzversicherungen angeben)	Name der Gesellschaft?	PKV von – bis/seit? Bei beabsichtigter Kündigung voraussichtliches Ende der Vorversicherung? Monat/Jahr?	Tagessatz in EUR	
				Krankenhaustagegeld	Krankentagegeld
1					
2					

▶ 12. Gesundheitsangaben und Fragen zum Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig.
Geben Sie die abgefragten Krankheiten auch dann an, wenn Sie ihnen nur geringe Bedeutung beimessen.

Größe/Gewicht (ab 10 Jahren)	Person 1		Person 2	
	Größe	Gewicht	Größe	Gewicht
	cm	kg	cm	kg

	Person 1		Person 2	
	ja	nein	ja	nein
1. Ist bei Ihnen eine ambulante oder stationäre Operation, Behandlung, Untersuchung oder Beratung durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten angeraten, beabsichtigt oder geplant (z. B. Desensibilisierung gegenüber Allergenen, Entfernung der Gallenblase)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind bei Ihnen Kontrolluntersuchungen (keine Gesundheitschecks) oder Nachsorgeuntersuchungen durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten angeraten oder stehen noch Untersuchungsergebnisse aus? (z. B. Blutzuckerkontrolle, Tumornachsorge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie in den letzten 3 Jahren wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet (z. B. Tabletten, Tropfen, Spritzen, Salben) oder wurden Medikamente ärztlich angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Werden oder wurden Sie in den letzten 3 Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten in den folgenden Bereichen behandelt, beraten oder untersucht? Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren Krankheiten (auch wenn Sie nicht behandelt wurden), Unfallfolgen oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?				
a) Herz und Kreislauf (z. B. Herzfehler, Herzrhythmusstörung, Angina pectoris, Bluthochdruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Blutgefäße (z. B. Hämorrhoiden, Krampfadern, Durchblutungsstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Atmungsorgane (z. B. Nasenscheidewandverbiegung, Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenkrebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Verdauungsorgane (z. B. Sodbrennen, Gallensteine, Fettleber, Magen-/Darmrentzündung, Darmkrebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Harnorgane (z. B. Zysten, Nierensteine, Nierenbecken-/Blasenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sterilität oder Fruchtbarkeitsstörung (z. B. eingeschränkte Fruchtbarkeit, Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Stoffwechsel (z. B. Diabetes, erhöhte Blutfette, erhöhte Harnsäure, Struma mit/ohne Knoten kalt oder heiß)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Blut (z. B. Blutgerinnungsstörung, Thromboseneigung, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Entzündliche Gelenk- oder Bindegewebserkrankungen (z. B. Arthritis, Morbus Bechterew, Rheuma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Gehirn oder Nervensystem (z. B. Epilepsie, Gehirnerschütterung, Kopfschmerzen/Migräne, Nervenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Geschlechtsorgane (z. B. Myome, Zysten, Brustkrebs, Hodenkrebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Rücken (z. B. Bandscheibenvorfall, wiederholte Verspannungen, Wirbelsäulensyndrom, Skoliose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Kniegelenke, Hüftgelenke, Schultern oder Bewegungsapparat (z. B. Arthrose, Knorpel-/Meniskus-/Bänderschaden, Muskel-/Sehnenriss)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Allergien (z. B. Heuschnupfen, Kontaktallergie, Lebensmittelallergie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Haut (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautkrebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Augen (z. B. Entzündung, grauer oder grüner Star)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Ohren (z. B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, Hörsturz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Sonstige nicht aufgeführte Bereiche (z. B. Anomalien, fehlende Organe/Gliedmaßen, Fremdmaterial nach Operationen, Leistenbruch, Fistel, bösartige/gutartige Neubildungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-/Rehabilitations-/Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen psychischer Beschwerden/Erkrankungen (z. B. Psychotherapie, Depression, Trennungproblematik, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) oder Suchterkrankungen (z. B. durch Alkohol, Drogen) behandelt, beraten oder untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bis 6 Jahre und nur bei Tarifen PZTB03, PZTA03, PZTE03 und/oder OFM02: Besteht oder bestand in den letzten 6 Monaten eine behandlungs-/kontrollbedürftige Entwicklungsverzögerung/Entwicklungsstörung und/oder eine Fehlbildung oder ein Verdacht darauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nur bei Tarifen PZTB03, PZTA03, PZTE03 und/oder OFM02: Sind Sie werdende Mutter oder werdender Vater oder beabsichtigen Sie eine Adoption?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nur bei Tarif OFM02: Tragen Sie eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) oder ist eine angeraten? Bei vorhandenen/angeratenen Sehhilfen Zuschlag in ambulanter Zusatzversicherung ab Optionsausübung (beispielsweise derzeit 6 EUR Zuschlag in Tarif AmbulantBest).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt, ist ein HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Besteht bei Ihnen eine Erwerbsminderung (MdE), anerkannte Schwerbehinderung (GdB) oder Pflegebedürftigkeit oder wurde diese beantragt? (Bitte Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▶ 13. Fragen zum Gebisszustand (Nur bei Absicherung von Zahnleistungen)

	Person 1		Person 2	
	ja	nein	ja	nein
1. Sind Sie in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung (inkl. Kontrolluntersuchungen nach durchgeführten Maßnahmen und Wiedervorstellungen) bzw. ist eine solche angeraten oder beabsichtigt (z. B. auch wegen Funktionsstörungen des Kauorgans, Knirscherschienen, Parodontose oder Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen)? Bei „ja“, bitte unten Ihren Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden angeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ab 14 Jahren: Fehlen Ihnen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (nicht Weisheitszähne/Lückenschluss)? Bei „ja“ und einer Anzahl von mehr als 3 fehlenden Zähnen, bitte den Zahngebissbogen einreichen. Bei „ja“, Anzahl? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ab 14 Jahren: Haben Sie mehr als 9 ersetzte oder überkronte Zähne (einschließlich Implantaten, Kronen, Brücken einschließlich Ankerkronen, Keramikverblendschalen, herausnehmbaren Teilprothesen, sowie Teleskopkronen mit Prothese)? Bei „ja“ und einer Anzahl von mehr als 15 ersetzten oder überkronten Zähnen, bitte unten Ihren Zahnarzt angeben. Bei „ja“, Anzahl aller ersetzten/überkronten Zähne – ohne durch Vollprothese ersetzte Zähne? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

