

- [ ] Anlage zum Antrag vom  
[ ] Anlage zur Risikovorabfrage

Name: **zumindest die Anfangsbuchstaben!**  
Geb. Datum:

Größe (cm):

Gewicht (kg):

**Nach dem ausfüllen senden Sie diese Tabelle und Anlagen gern per E-Mail an [pkv@online-pkv.de](mailto:pkv@online-pkv.de) oder nutzen mein Uploadportal [www.online-pkv.de/kontakt](http://www.online-pkv.de/kontakt)**

| zu Frage                                           | Diagnose / Beschwerden<br>(falls Vorsorge/Kontrolle wegen was?)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ICD Ziffer<br>(falls bekannt)                                                                                                                                                            | Behandlung/ Untersuchung - was wurde gemacht? Gab es einen oder war es ohne Befund?                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | behandelt von/bis oder einzelne Termine, falls mehrere                                                                                                                                                                             | ausgeheilt/ behandlungs- und beschwerdefrei seit?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | AU Tage (Krank)                                               |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>H<br/>I<br/>N<br/>W<br/>E<br/>I<br/>S<br/>E</b> | <p>Bitte tragen Sie <b>hier nicht nur die Diagnose</b> ein, sondern <b>ergänzen auch Beschwerden oder den Verdacht auf etwas</b>. (Wir besprechen diese dann noch detaillierter, bevor irgendetwas anonym verschickt wird).</p> <p>Hatten Sie z.Bsp. Knieschmerzen nach dem Sport oder einen Unfall, geben Sie das bitte auch so an. Je detaillierter die Informationen sind, desto einfacher ist es diese vernünftig aufzubereiten</p> <p>Bei Beschwerden <b>geben Sie bitte auch immer an, an welcher Seite</b> oder ob diese an beiden Seiten auftraten (zum Beispiel Schulterschmerzen)</p> <p>War eine Erkankung nur ein Verdacht oder wurde zwar "chronisch" abgerechnet, Sie waren aber nur akut einmal krank und dort, dann geben Sie das bitte als Erläuterung auch an.</p> | <p>in diese Spalte bitte die <b>ICD Ziffern aus der GKV Quittung</b> oder Rechnung</p> <p>Bitte immer (falls angegeben) mit dem Zusatz "G = Gesichert, V= Verdacht, Z= Zustand nach)</p> | <p>In diese Spalte gehört alles, <b>was unternommen wurde</b>. Untersuchungen, Behandlungen, Physiotherapie, Einlagen verordnet oder dergleichen.</p> <p>Auch Medikamente die verordnet oder selbst gekauft wurden, sind hier ebenfalls einzutragen.</p> <p>Auch ein EKG, Laboruntersuchungen, Einlagen, Physiotherapie, eine Operation und weitere Behandlungen gehören hier hin.</p> | <p>In dieser Spalte erfassen Sie bitte die <b>Dauer der Behandlung</b>. Gab es mehrere Termine diese bitte auch einzeln.</p> <p>Einiges fassen Sie gern zusammen, so könnte ein Eintrag sein "6 Mal Physiotherapie 01-02/2026)</p> | <p>Hier tragen Sie bitte ein, <b>seit wann keine Beschwerden mehr bestehen</b>, wann die Behandlung abgeschlossen wurde.</p> <p>Auch hier, wenn es detaillierter nötig ist, gern ausführlicher.</p> <p><u><b>Generell gilt: Je ausführlicher Sie mir Sachen beschreiben, desto besser kann ich mich einarbeiten und wir gemeinsam die Voranfragen dann aufbereiten.</b></u></p> | <p>krank geschrieben gewesen?</p> <p>Falls ja, wie lange?</p> |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |