



Finanz- und Versicherungsmakler GmbH
versichern • investieren • vorsorgen

Fragebogen zum Gesundheitszustand

Der Fragebogen wird stets vor dem Ersttermin benötigt.

Sie können Ihre Eingaben im Formular speichern, den Fragebogen ausdrucken, unterschreiben und bequem per eMail als Scan oder Foto an fuss@viv24.de senden.

1) Persönliche Daten

Titel _____ Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____ Telefonnummer _____
Anschrift _____

2) Angaben zu Beruf, Ausbildung und Einkommen

Beruf _____ Status
Ausbildung / Studium _____
Jahresbrutto _____ mtl. Netto _____ BU-Rente mtl. gewünscht _____
KV Status Krankenversicherung _____

3) Allgemeine Angaben zur Risikobeurteilung

Körpergröße in cm _____ Gewicht _____ Raucher
Brillenträger Ja Nein Dioptrien links / rechts _____ / _____
Risikorelevante Hobbies _____
(bspw. Bergsport / Klettern, Kampfsport, Motorsport, Reiten, Tauchsport / Wassersport, ...)

4) Bestehen oder bestanden in den letzten 10 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Beeinträchtigungen ...

Psyche Ja Nein Suchterkrankungen / Drogen Ja Nein

5) Kam es in den letzten 10 Jahren zu ...

Operationen ambulant Ja Nein
Operationen stationär / Krankenhausaufenthalte Ja Nein (mind. 1 Nacht)
Kuren / Rehabilitationsmaßnahmen Ja Nein



Finanz- und Versicherungsmakler GmbH
 versichern • investieren • vorsorgen

6) Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Beeinträchtigungen ...

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Allergien | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Atemwege | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Blutdruck / Herz / Kreislauf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Magen / Darm | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Psyche | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Stoffwechsel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonstige Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <i>(bspw. Akne, Herpes, Migräne, Unfälle ...)</i> | | |

7) Genauere Angaben zur Gesundheitshistorie

Bitte ergänzen Sie nachfolgend genauere Angaben im Schema: **Was war wann? Wie wurde behandelt? Wann war die Behandlung abgeschlossen / ausgeheilt / beschwerdefrei?**

Was? _____ War wann? (von / bis ...oder besteht noch)

Gab es einen Anlass? _____ Krankschreibung? (von / bis ...oder nein)

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente)

Weitere Angaben?

Was? _____ War wann? (von / bis ...oder besteht noch)

Gab es einen Anlass? _____ Krankschreibung? (von / bis ...oder nein)

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente)

Weitere Angaben?



Was?

War wann? (von / bis ...oder besteht noch)

Gab es einen Anlass?

Krankschreibung? (von / bis ...oder nein)

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente)

Weitere Angaben?

Was?

War wann? (von / bis ...oder besteht noch)

Gab es einen Anlass?

Krankschreibung? (von / bis ...oder nein)

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente)

Weitere Angaben?

Was?

War wann? (von / bis ...oder besteht noch)

Gab es einen Anlass?

Krankschreibung? (von / bis ...oder nein)

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente)

Weitere Angaben?



8) Datenschutzerklärung

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift stimme ich der Verwendung und Speicherung meiner persönlichen Daten und hier gemachten Angaben im Rahmen der Beratung durch Herrn Markus Fuß (Versicherungsmakler, Klarastr. 63, 79106 Freiburg im Breisgau) ausdrücklich zu.

Eine Weitergabe des Fragebogens - zum Beispiel an Versicherungsgesellschaften - ist mit Ausnahme der Notwendigkeit einer Enthaltung des Maklers generell ausgeschlossen.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit in Textform widerrufen.

Ort

Datum

Unterschrift