☒ Interessentenfragebogen ☒ Risikovoranfrage

(mit Gesundheitsfragen f¿r Vorabcheck Versicherbarkeit)

Dehua Chen
Lübecker Str. 126
22087 Hamburg
Tel: 0176 1015 7817
Dehua.Chen@tecis.de
www.chencoaching.de

Persönliche Daten des Interessenten

Name, Vorname _____ _____ ☐ männlich ☐ weiblich

Straße, Haus-Nr. _____ **PLZ** _____ **Wohnort** _____

Telefon privat _____ **dienstlich** _____ **mobil** _____

E-Mail _____ **Fax** _____

Terminvorbereitung

1. Geburtsdatum __.__.____

2. Beruf/Branche _____

3. Tätigkeitsstatus ☐ angestellt ☐ freiberuflich ☐ selbständig seit __.__.____
☐ in Ausbildung ☐ nicht erwerbstätig **Bonität:** ☐ **O.K.** ☐ **neg.**
☐ Beamter bei ☐ Bund ☐ Land _____

4. Staatsangehörigkeit ☐ deutsch ☐ andere _____ in Deutschland seit __.__.____
Aufenthaltsgenehmigung ☐ unbefristet ☐ befristet bis __.__.____

5. Ihr (geplantes) Einkommen beträgt? _____ ☐ netto ☐ brutto **Notwendiges Tagegeld** _____

6. Was haben Sie für Ho...? _____

7. Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

8. (Ehe-) Partner
_____ _____ ☐ m ☐ w __.__.____
Name **Vorname** Geburtsdatum

Beruf/Branche _____

☐ angestellt ☐ freiberuflich ☐ selbständig seit __.__.____
☐ in Ausbildung ☐ nicht erwerbstätig **Bonität:** ☐ **O.K.** ☐ **neg.**
☐ Beamter bei ☐ Bund ☐ Land _____
Staatsangehörigkeit: ☐ deutsch ☐ andere: _____ in Deutschland seit __.__.____
☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ privat versichert

Versicherer/Kasse _____ ☐ KVZ (falls GKV) bei _____

9. Kinder Anzahl _____

_____ _____ ☐ m ☐ w __.__.____
Kind 1: Name **Vorname** Geburtsdatum
☐ Schüler/-in ☐ Student/-in ☐ Azubi ☐ in Ausbildung ☐ nicht erwerbstätig
☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ privat versichert

Versicherer/Kasse _____ ☐ KVZ (falls GKV) bei _____

_____ _____ ☐ m ☐ w __.__.____
Kind 2: Name **Vorname** Geburtsdatum
☐ Schüler/-in ☐ Student/-in ☐ Azubi ☐ in Ausbildung ☐ nicht erwerbstätig
☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ privat versichert

Versicherer/Kasse _____ ☐ KVZ (falls GKV) bei _____

10. Wie sind Sie im Moment versichert?

	☐ privat	gesetzlich ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert	☐ nicht versichert, seit
Versicherer bzw. Kasse			
dort versichert seit			
momentaner Beitrag			
momentane Tarife		Besteht ein GKV-Wahltarif?	
Versicherungsnummer			
privat zusatzversichert bei			
Höhe Krankentagegeld			vorher versichert bei

11. Weitere Versicherer/Kassen (in den letzten 5 Jahren) _____ _____ _____

12. Steuer-ID (für alle Personen)
_____ Interessent
_____ (Ehe-) Partner
_____ Kind 1
_____ Kind 2

Dehua Chen
Lübecker Str. 126
22087 Hamburg
Tel: 0176 1015 7817
Dehua.Chen@tecis.de
www.chencoaching.de

Gesundheitsfragen

		1. Person	2. Person	3. Person
	Sagen Sie mir bitte Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht	____ cm ____ kg	____ cm ____ kg	____ cm ____ kg
	Haben Sie einen Hausarzt?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
1.a	Hatten Sie aktuell bzw. in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen bzw. Kontrolluntersuchungen oder irgendwelche Krankheiten wie z.B. ☐ Allergien/Heuschnupfen ☐ Rückenbeschwerden ☐ Bluthochdruck ☐ Schilddrüse ☐ Magenbeschwerden Weitere Angaben (z. B. Diagnose, Medikamente, Behandlung)	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
⇨	Besteht eine Schwangerschaft?	☐ nein ☐ ja, Woche ____	☐ nein ☐ ja, Woche ____	☐ nein ☐ ja, Woche ____
1.b	Waren Sie in den letzten 10 Jahren im Krankenhaus?	☐ nein ☐ ja, wegen	☐ nein ☐ ja, wegen	☐ nein ☐ ja, wegen
1.c	Waren Sie in den letzten 10 Jahren in einer psychotherapeutischen Behandlung?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
1.d	Sind Sie Raucher?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
2.a	Besteht eine Fehlsichtigkeit? Wieviel Dioptrien?	☐ nein ☐ ja ____ li. ____ re.	☐ nein ☐ ja ____ li. ____ re.	☐ nein ☐ ja ____ li. ____ re.
2.b	Haben jemals Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen wg. unerfülltem Kinderwunsch / Infertilität stattgefunden?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
2.c	Bestehen Pflegebedürftigkeit oder anerkannte Behinderung? Wenn ja, welcher GdB?	☐ nein ☐ ja ____ %	☐ nein ☐ ja ____ %	☐ nein ☐ ja ____ %
2.d	Haben Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel, Drogen oder Alkohol eingenommen?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
2.e	Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
3.a	Haben Sie Zahnlücken (ohne Weisheitszähne)?	☐ nein ☐ ja, Anzahl ____	☐ nein ☐ ja, Anzahl ____	☐ nein ☐ ja, Anzahl ____
3.b	Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront?	____ ers. ____ überkr.	____ ers. ____ überkr.	____ ers. ____ überkr.
3.c	Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung?	__ __ Monat, Jahr	__ __ Monat, Jahr	__ __ Monat, Jahr
3.d	Ist im Zahnbereich generell eine Behandlung angeraten oder beabsichtigt? (auch Kfo)	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

Angaben zum Verdienstausfall:

Berufsunfähigkeit versichert bei (Gesellschaft / Tarif):
Monatl. BU Rente in € (empfohlen: Nettogehalt): ____ Endalter (empfohlen: 67) ____
Garantierte Rentensteigerung (empfohlen: 3%): ____

Leistungswünsche

1.	Wie wichtig ist Ihnen im Krankenhaus eine Unterbringung im 1- oder 2-Bett-Zimmer?	☐ unwichtig	☐ wichtig
2.	Wie wichtig ist Ihnen eine Wahl-/Chefarztbehandlung?	☐ unwichtig	☐ wichtig
3.	Wie wichtig sind alternative Heilmethoden für Sie?	☐ unwichtig	☐ wichtig
4.	Wie wichtig ist Ihnen eine Absicherung im Bereich »Kur« und Anschlußheilbehandlung?	☐ unwichtig	☐ wichtig
5.	Wie wichtig ist Ihnen eine Absicherung im Bereich »Pflege«?	☐ unwichtig	☐ wichtig
6.	Wie wichtig ist Ihnen das Thema Zähne?	☐ unwichtig	☐ wichtig

7. Bis zu welcher Höhe ist eine Selbstbeteiligung zur Beitragssenkung für Sie interessant? ☐ bis 300 € ☐ bis 600 € ☐ bis 1.200 € ☐ ____ €

8. Gibt es weitere Punkte, die Ihnen wichtig sind?

Gesprächsnotizen/Erläuterungen zu den Gesundheitsfragen