Gesundheitsfragebogen

Krankenversicherung und Dienst-/Berufsunfähigkeit
Vorbereitung von Voranfrage und Antrag – kein Versicherungsantrag

Wofür dieser Bogen da ist

Ob und zu welchem Beitrag dich eine private Krankenversicherung oder eine Dienst- und Berufsunfähigkeitsversicherung nimmt, hängt von deiner Gesundheit ab. Mit deinen Angaben fragen wir ohne deinen Namen bei mehreren Versicherern an und füllen danach den Antrag des Versicherers, den du wählst, gemeinsam mit dir aus.

Dieser Bogen ersetzt den Antrag nicht. Den Antrag stellst du auf dem Formular des Versicherers und unterschreibst ihn selbst. Dort gelten dessen Fragen und Zeiträume. Die Gesundheitsfragen in Teil C folgen den Fragen des Antrags. Die Zeiträume hier sind bewusst lang gewählt, damit deine Angaben für alle Versicherer reichen.

Dauer: etwa 20 Minuten. Unsicher, was bei dir abgerechnet wurde? Deine Krankenkasse schickt dir auf Antrag eine Übersicht der abgerechneten Leistungen (§ 305 SGB V).

Ausgefüllt kannst du den Bogen vor dem Termin sicher hochladen (Link unten oder am Ende des Bogens) oder zum Termin mitbringen.

Sicher hochladen: refhilfe.de/gesundheitsfragebogen-hochladen

A Zu deiner Person

Name | Vorname | Geburtsname (falls anders)

Geburtsdatum | Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

E-Mail | Telefon | Körpergröße (cm) | Gewicht (kg)

Hausärztin / Hausarzt: Name und Anschrift

Familienstand

☐ ledig ☐ verheiratet / eingetragene Partnerschaft ☐ geschieden / verwitwet

B Zu deinem Dienst und deiner Versicherung

Was willst du absichern? (beides möglich)

☐ Krankenversicherung (mit Pflege) ☐ Dienst- und Berufsunfähigkeit

Bundesland (Dienstherr) | Lehramt / Schulform | Fächer

Dein Status heute

☐ noch nicht verbeamtet ☐ Beamtin/Beamter auf Widerruf ☐ auf Probe ☐ auf Lebenszeit

Beginn des Vorbereitungsdienstes / erste Verbeamtung | voraussichtlich auf Probe (Monat/Jahr) | gewünschter Versicherungsbeginn

Krankenversicherung bisher

☐ gesetzlich, selbst ☐ gesetzlich, familienversichert ☐ privat

Bei welcher Krankenkasse / Versicherung? Zusatzversicherungen? | Wunschversicherer (falls vorhanden)

Sollen weitere Personen mitversichert werden? Wer, mit Geburtsdatum (für jede Person bitte einen eigenen Bogen)

C Gesundheitsfragen – für beide Versicherungen

Bitte beantworte jede Frage mit Ja oder Nein. Die Zeiträume rechnen ab heute. Zähle auch Untersuchungen ohne Befund, Beratungen und Behandlungen bei Heilpraktikern, Physiotherapeuten oder Psychologen mit. Die Nummern entsprechen den Gesundheitsfragen im Antrag; Frage 1 (Größe, Gewicht) steht in Teil A. Reicht der Platz nicht, nutze Teil E oder ein Beiblatt.

2. **Bestanden in den letzten 10 Jahren oder bestehen zurzeit Krankheiten, chronische Leiden, Beschwerden, Unfallfolgen, Körperimplantate, Prothesen oder Einschränkungen organischer, körperlicher oder geistiger Art – auch wenn sie nicht behandelt wurden? Bist du pflegebedürftig oder auf Hilfsmittel angewiesen, oder hast du Leistungen aus einer Pflegeversicherung beantragt oder hast du das vor?** ○ Ja ○ Nein

Denk auch an: Heuschnupfen und Allergien, Haut, Asthma, Rücken, Bandscheibe und Gelenke, Kopfschmerzen und Migräne, Magen-Darm, Schilddrüse, Blutdruck, Diabetes – und an Massagen und Physiotherapie.

Wenn ja: Was genau? Wann, wie lange und von wem behandelt? Ausgeheilt seit wann?

3. **Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen, Beratungen, Operationen, medizinische Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen (auch wegen Vorerkrankungen) oder Behandlungen bei Ärzten oder anderen Behandlern im Gesundheitswesen statt, oder sind solche angeraten oder geplant?** ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: Was genau? Wann, wie lange und von wem behandelt? Ausgeheilt seit wann?

4. **Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen, Behandlungen oder Kur- oder Reha-Maßnahmen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilanstalt statt, oder ist eine solche angeraten oder geplant?** ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: Was genau? Wann, wie lange und von wem behandelt? Ausgeheilt seit wann?

5. **Fanden in den letzten 10 Jahren psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen (Therapien, Gesprächstherapien), Untersuchungen oder Beratungen statt – auch probatorische Sitzungen und Suchtbehandlungen –, oder sind solche angeraten oder geplant?** ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: Grund, Zeitraum, Anzahl der Sitzungen, Art der Therapie. Ein Abschlussbericht hilft, falls vorhanden.

6. **Besteht eine Fehlsichtigkeit?** ○ Ja ○ Nein

Wenn ja – Dioptrien links _____ rechts _____

7. **Besteht eine Sterilität oder Infertilität, oder wurden jemals Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen wegen eines unerfüllten Kinderwunsches durchgeführt?** ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: Was, wann und mit welchem Ergebnis?

8. **Besteht eine anerkannte Behinderung? Dazu zählen auch eine anerkannte Minderung der Erwerbsfähigkeit, Arbeitsverletzungen, Berufsleiden, Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigungen, Pflegebedürftigkeit und sonstige Schädigungsfolgen. Beziehst oder bezogst du eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen, auch eine Pflegerente? Hast du eine Anerkennung beantragt oder hast du das vor, oder wurde ein solcher Antrag abgelehnt?** ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: Was genau, Grad und seit wann? Bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheids mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen.

9.1 **Besteht oder bestand jemals eine Abhängigkeit?** ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: Welche, seit wann, und wurde sie behandelt?

9.2 **Wurden dir in den letzten 3 Jahren Arzneimittel oder Beruhigungsmittel verordnet, oder hast du solche regelmäßig eingenommen? Oder hast du in den letzten 10 Jahren Arzneimittel länger als 6 Wochen eingenommen?** ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: Name, Dosis, wie lange und aufgrund welcher Diagnose?

9.3 **Hast du jemals regelmäßig Drogen oder annähernd täglich Alkohol eingenommen?** ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: Was, wie viel, wann, und wurde es behandelt?

10. **Wurde bei dir jemals eine HIV-Infektion (AIDS) festgestellt, ist ein Testergebnis noch offen oder wurde dir ein HIV-Test ärztlich angeraten?** ○ Ja ○ Nein

11. **Wurdest du in den letzten 10 Jahren wegen einer bösartigen Krebs- oder Tumorerkrankung oder eines gutartigen Tumors behandelt, beraten oder untersucht?** ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: Was genau? Wann, wie lange und von wem behandelt? Ausgeheilt seit wann?

12.1 **Wie viele Zähne fehlen und sind noch nicht ersetzt? Fehlende Weisheitszähne nicht mitzählen, Milchzähne auch nicht.**

fehlend, nicht ersetzt ☐ davon Lücke geschlossen ☐ provisorisch / Brückenglied ☐

Zähne, die nur provisorisch ersetzt sind oder mit einem Brückenglied (Prothesenglied) versorgt sind, bitte gesondert angeben.

12.2 **Wirst du zurzeit zahnärztlich, kieferorthopädisch oder parodontal behandelt, war das in den letzten 5 Jahren der Fall, oder ist eine solche Behandlung angeraten oder geplant? Besteht eine Zahnbetterkrankung (Parodontitis), eine Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie? Trägst du eine Aufbissschiene? Hast du Kreidezähne?** ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: Was genau, wann, und was ist geplant?

12.3 Wie viele Zähne wurden ersetzt oder überkront?

ersetzt | überkront | Inlays/Onlays | herausnehmbar

Mitzählen: Kronen und Teilkronen, Brücken, Implantate, Inlays und Onlays, herausnehmbarer Zahnersatz und Voll- oder Teilprothesen.

12.4 Wann wurden der Zahnersatz bzw. die Überkronungen gemacht (Monat/Jahr)?

12.5 Wann warst du zuletzt zur zahnärztlichen Untersuchung, mit welchem Befund, und welche Zahnärztin oder welcher Zahnarzt kann Auskunft geben?

Bitte Datum, Befund sowie Name und Anschrift der Praxis angeben.

D Zusätzlich für die Dienst- und Berufsunfähigkeitsversicherung

Nur ausfüllen, wenn du in Teil B „Dienst- und Berufsunfähigkeit“ angekreuzt hast. Für die Krankenversicherung allein kannst du Teil D überspringen.

Bruttobezüge heute (€ mtl.) | gewünschte Rente (€ mtl.) | Leistung bis Alter | Wünsche, z. B. DU-Klausel, Nachversicherung

Bestehende oder beantragte BU-, DU-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen: Versicherer, Rente mtl.

D1. Rauchst du, oder hast du in den letzten 12 Monaten geraucht, auch E-Zigarette, Shisha oder Tabakerhitzer? ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: was und wie viel am Tag? Wenn aufgehört: seit wann?

D2. Betreibst du riskante Freizeitaktivitäten, z. B. Motorsport, Fallschirmspringen, Gleitschirm- oder Drachenfliegen, Tauchen, Klettern oder Bergsteigen, Kampfsport? ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: welche Aktivität, wie oft im Jahr, bei Tauchen und Klettern bis zu welcher Tiefe bzw. Höhe oder Schwierigkeit?

D3. Planst du in den nächsten 12 Monaten einen Auslandsaufenthalt von mehr als 3 Monaten, z. B. im Auslandsschuldienst? ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: Land, Zeitraum und Grund.

D4. Hast du jemals Leistungen wegen Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit beantragt oder bezogen? ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: Wann, bei wem und aus welchem Grund?

D5. Warst du in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig oder dienstunfähig geschrieben? ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: Grund und Dauer.

D6. **Wurde bei dir jemals ein Antrag auf Kranken-, Pflege-, Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits- oder Lebensversicherung abgelehnt, zurückgestellt, nur mit Zuschlag oder Ausschluss angenommen oder vom Versicherer gekündigt?** ○ Ja ○ Nein

Wenn ja: Welcher Versicherer, wann, und was war der Grund?

E Einzelheiten zu deinen Ja-Antworten

Eine Zeile je Erkrankung oder Behandlung. Name und Anschrift der Behandler brauchen die Versicherer im Antrag.

Frage	Diagnose, Beschwerden, Medikamente	Wann, wie lange, wie oft?	Ausgeheilt? Folgen?	Behandler mit Anschrift

☐ Ich habe ein Beiblatt beigefügt.

F Einwilligung und Unterschrift

Deine Angaben in diesem Bogen sind Gesundheitsdaten. Wir verarbeiten sie nur mit deiner ausdrücklichen Einwilligung. Bitte kreuze an, womit du einverstanden bist.

☐ 1. Ich willige ein, dass die WUP – Wehberg & Partner GmbH meine Gesundheitsangaben aus diesem Bogen verarbeitet, um meinen Versicherungsbedarf einzuschätzen und mich zu beraten (Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DSGVO).

☐ 2. Ich willige ein, dass die WUP – Wehberg & Partner GmbH meine Gesundheitsangaben ohne Namen und Anschrift an Versicherer übermittelt, um eine anonyme Risikovoranfrage zu stellen. Ohne dieses Kreuz fragen wir nicht bei Versicherern an.

☐ 3. Ich willige ein, dass die WUP – Wehberg & Partner GmbH meine Angaben mit meinem Namen an den Versicherer übermittelt, bei dem ich einen Antrag stellen will, und sie zur Vorbereitung dieses Antrags verwendet. Den Antrag prüfe und unterschreibe ich selbst.

Du kannst jede Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen, formlos an impressum@refhilfe.de. Weitere Informationen, auch zur Speicherdauer und zu deinen Rechten, findest du unter refhilfe.de/datenschutz/.

Ich bestätige, dass meine Angaben nach bestem Wissen vollständig und richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift

So kommt der Bogen sicher zu uns

Am einfachsten: Speichere den ausgefüllten Bogen und lade ihn vor dem Termin über den Knopf unten hoch. Die Übertragung ist verschlüsselt. Auf refhilfe.de wird die Datei 6 Tage nach dem Hochladen automatisch gelöscht.

Oder bring den Bogen ausgefüllt zum Termin mit bzw. halte ihn bei einem Telefon- oder Videotermin bereit. Bitte nicht als normalen E-Mail-Anhang schicken.

Fragen beim Ausfüllen? Ruf uns an: +49 251 41485-0 (Mo–Do 8:30–17:30 Uhr, Fr 8–16 Uhr oder nach Vereinbarung).

Fragebogen jetzt sicher hochladen → refhilfe.de/gesundheitsfragebogen-hochladen