

Kundennummer:

Geburtsdatum:

Dioptrien li / re:

Größe / Gewicht:

Raucher:

Ja

Freizeitrisiken

Welchen Freizeitaktivitäten gehst du nach? (risikoerheblich sind z. B. Motorrad fahren, Fallschirmspringen, Reiten, Surfen, Leistungs-/Profisport, ...)

Gesundheitsrisiken

1. Bist du in den letzten 5 Jahren ambulant von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten oder Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt worden?

Ja Nein

2. Bist du in den letzten 10 Jahren (je Gesellschaft*) stationär behandelt (Krankenhaus, Reha, Kuren, Entzugsbehandlung, Strahlentherapie, Operationen, Chemotherapie etc.) worden oder ist eine solche Behandlung in den nächsten 2 Jahren ärztlich angeraten?

Ja Nein

3. Bist du in den letzten 10 Jahren (je Gesellschaft*) in psychologischer Behandlung gewesen?

Ja Nein

Bitte die nachfolgenden Fragen bei JA-Antworten wie folgt näher beschreiben:

Welche Erkrankung lag vor? **Wann** trat diese auf? **Wer** hat behandelt (Facharzt, Hausarzt, Therapeut, ...) **Wie** wurde behandelt? Erfolgte eine **Kranksschreibung**, wenn ja, wie lange?

Fand ein **stationärer** Krankenhausaufenthalt statt, wenn ja, wie lange?

Wann waren die **Beschwerden weg**? Gibt es langfristige **Folgen** oder weiterhin Beschwerden?

Wichtig: Bitte alle Erkrankungen angeben, die im Zeitraum vorgelegen haben (auch solche, die nicht ärztlich oder therapeutisch behandelt wurden). Wir besprechen gemeinsam, welche für die Risikovoranfrage relevant sind.

4. Bestanden in den letzten 5 Jahren Störungen, Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen aufgrund...

4.1. der Atmungsorgane (z.B. Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Asthma, Bronchitis, Allergie, Schlafapnoe, Lungenentzündung, Emphysem)?

Ja Nein

4.2. ... des Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems (z.B. Bluthochdruck, Krampfadern, Thrombose, Herzinfarkt, Herzschwäche, Rhythmusstörungen)?

Ja Nein

4.3. ... der Verdauungsorgane (z.B. Sodbrennen, Magengeschwür, Darmentzündung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Bauchspeicheldrüsenentzündung)?

Ja Nein

4.4. ... der Harn- und Geschlechtsorgane (z.B. Schwangerschaftskomplikationen, Blut oder Eiweiß im Urin, Nierensteine, Prostata- oder Harnwegsentzündung)?

Ja Nein

4.5. ... des Stoffwechsels (z.B. Diabetes, Gicht, erhöhte Cholesterinwerte, Schilddrüsenstörungen)?

Ja Nein

4.6. ... der Augen (z.B. Kurz-/Weitsichtigkeit, Doppelbilder, Netzhautablösung, grüner oder grauer Star, entzündliche Augenerkrankungen)?

Ja Nein

4.7. ... der Ohren (z.B. Schwindelzustände, Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz)?

Ja Nein

4.8. ... der Wirbelsäule, Bandscheiben, Rücken oder Nacken (z.B. Bandscheibenvorfall, Rückenschmerzen, Schleudertrauma, Skoliose)?

Ja Nein

4.9. ... der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder (z.B. Rheuma, Arthrose, Meniskusschaden, Knochenbrüche, Bänderisse)?

Ja Nein

4.10. ... der Haut (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis, Ekzeme, Allergien, Heuschnupfen)?

Ja Nein

4.11. ... von Blut- und Tumorerkrankungen (z.B. Gerinnungsstörungen, Anämie, Leukämie, Lymphknotenvergrößerung, Darmpolypen)?

Ja Nein

4.12. ... von Infektionskrankheiten und Vergiftungen (z.B. Tuberkulose, Gürtelrose, Malaria, HIV, Hepatitis, Borreliose, Pfeifersches Drüsenfieber)?

Ja Nein

4.13. ... des Gehirns, Rückenmarks oder der Nerven (z.B. Multiple Sklerose, Lähmungen, Epilepsie, Migräne, Demenz, Nervenerkrankungen)?

Ja Nein

4.14. ... der Psyche (z.B. Angststörung, Depression, psychosomatische Störungen, Magersucht, Bulimie, Schlafstörungen, Erschöpfung, ADHS, Schizophrenie, Suizidversuch)?

Ja Nein

5. Nimmst oder nahmst du in den letzten 5 Jahren regelmäßig apothekenpflichtige Medikamente (z.B. Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?

Ja Nein

6. Nimmst oder nahmst du in den letzten 10 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel (z.B. Cannabis, Ecstasy, Heroin) oder wurdest deshalb beraten/behandelt?

Ja Nein

7. Nimmst oder nahmst du in den letzten 10 Jahren regelmäßig Alkohol oder wurdest aufgrund der Folgen beraten/behandelt?

Ja Nein

8. Bestehen Behinderungen (auch angeboren), geistige/psychische Beeinträchtigungen oder sonstige Störungen (z.B. GdB, MdE)?

Ja Nein

9. Bestehen oder bestanden bei dir bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie, Melanom, Zysten)?

Ja Nein

10. Planst du in den nächsten 12 Monaten einen Auslandsaufenthalt von mehr als 2 Monaten?

Ja Nein

Freitextfeld für Ergänzungen und Anmerkungen

Bitte anschließend per Mail an
kontakt@die-versicherungspsychologin.de
oder im SIMPLR-Kundenlogin hochladen.

Vielen Dank!

Sandra Möbius
die Versicherungspsychologin
Holzeckstraße 14
79199 Kirchzarten