Arzt / Ärztin, Stempel (genaue Anschrift)

Gesellschaft

Policen- / Antrags-Nr.

Bitte beachten

- Wir bitten **den Arzt / die Ärztin**, die Fragen mit der zu versichernden Person gemeinsam durchzugehen und wenn möglich die Antworten selbst einzutragen.
- Bitte gut **leserliche Druckschrift** verwenden. Danke.
- Wenn nicht bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind, ist es den Versicherern von Gesetzes wegen untersagt, nach Ergebnissen aus **genetischen Untersuchungen** zu fragen, die vor der Geburt durchgeführt wurden oder die, bevor Symptome aufgetreten sind, zur Feststellung einer Krankheitsveranlagung dienen (**präsymptomatische Untersuchungen**). Sind die Voraussetzungen für das Fragerecht erfüllt, erfolgt die Abklärung mit einem separaten Formular. Deshalb müssen solche Untersuchungsergebnisse in diesem Fragebogen nicht angegeben werden. Freiwillig eingereichte Resultate dürfen von den Versicherern nicht verwendet werden.
- **Genetische Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken, d. h.** zur Abklärung bereits feststellbarer Krankheitssymptome, sind von der Gesetzesbestimmung nicht betroffen und müssen deklariert werden.
- Personenbegriffe im vorliegenden Formular stehen für weibliche und für männliche Personen.

Personalien der zu versichernden Person

Name, Vorname Geburtsdatum Beschreibung der aktuellen beruflichen Tätigkeit

Strasse, Hausnummer Postleitzahl Wohnort Land

Anamnese

Nr.	Fragen	nein	ja	Falls ja, bitte nähere Angaben (gilt für alle Fragen)
01	Treiben Sie regelmässig Sport?	☐	☐	Welchen? Wie oft?
02	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Raucherwaren, Tabak bzw. Nikotin in einer anderen Form konsumiert?	☐	☐	☐ Zigaretten ☐ E-Zigaretten ☐ Zigarren ☐ Pfeife ☐ Etwas anderes (z.B. Wasserpfeife, Kautabak, Nikotinpflaster) Was? Tägliche Menge? Wann zuletzt?
03	Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?	☐	☐	Welche? Menge? Häufigkeit?
04	Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren im Zusammenhang mit Ihrem Alkoholkonsum beraten oder behandelt (inkl. spezielle Abklärungen / Untersuchungen / Beratungsstelle)?	☐	☐	Wann? Durch wen? Name und Anschrift
05	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen?	☐	☐	Welche? Wie lange? Wie oft? Wann zuletzt?
06	Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig oder wiederholt Medikamente ein oder wurden Ihnen Medikamente verordnet?	☐	☐	Welche? Weshalb? Von wann bis wann?
07	a. Hatten Sie bereits Spitalaufenthalte?	☐	☐	Weshalb? Wann?
	b. Wurden bei Ihnen Spiegelungen der Gelenke oder Körperhöhlen, Katheteruntersuchungen oder andere Eingriffe durchgeführt?	☐	☐	Weshalb? Wann?
	c. Bestehen bei Ihnen gegenwärtig irgendwelche Krankheiten / gesundheitliche Störungen / Unfallfolgen?	☐	☐	Welche?
	d. Ist Ihre Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit in irgendeiner Weise eingeschränkt?	☐	☐	Weshalb? Seit wann? Grad / Ausmass?
	e. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 4 Wochen ohne Unterbrechung ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	☐	☐	Weshalb? Von wann bis wann?
	f. Fand jemals eine Anmeldung bei einer Versicherung für medizinische, schulische, berufliche oder andere Massnahmen statt?	☐	☐	Bei welcher Versicherung? Wann? Weshalb?
08	Sind bei Ihren Eltern, Geschwistern, Grosseitern vor Alter 55 Erkrankungen des Nervensystems, Herzkrankheiten, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Krebs oder Erbkrankheiten vorgekommen?	☐	☐	Welche Krankheiten? Bei wie vielen Personen?

Datum und Unterschrift der zu versichernden Person

Datum

Unterschrift

Nr.	Fragen	nein	ja	Falls ja, bitte nähere Angaben (gilt für alle Fragen)
09	Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren Krankheiten, Störungen oder Beschwerden			Welche? Wann? Wie lange? Geheilt? Ärzte/ andere Therapeuten mit Adressen:
a.	der Atmungsorgane , wie Asthma, wiederholte oder chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungentuberkulose oder andere?	☐	☐	
b.	des Herzens oder der Blutgefäße , wie erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Hirnschlag, Venenentzündung, Krampfadern oder andere?	☐	☐	
c.	der Verdauungsorgane , wie Zwerchfellbruch, Magen- oder Darmgeschwüre, -entzündungen, -blutungen, Hämorrhoiden, Gelbsucht, Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Bauchspeicheldrüse oder andere?	☐	☐	
d.	der Harn- oder Geschlechtsorgane , wie Nieren-, Harnleiter-, Blasen-, Prostata- oder Hoden-, Gebärmutter- oder Eierstockkrankheiten, Erkrankungen der weiblichen Brust, Steinleiden, Blut oder Eiweiss im Urin oder andere?	☐	☐	
e.	des Nervensystems , wie Epilepsie, Schwindel, Kopfschmerzen, Lähmungen, Nervenentzündungen oder andere?	☐	☐	
f.	der Psyche , wie Depression, Angst-, Belastungs-, Ess-, psychosomatische Störung, Burnout oder andere?	☐	☐	
g.	des Bewegungsapparates (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder, Sehnen) wie Rücken-, Nacken- und Schulterbeschwerden, Arthrose, Rheuma oder andere?	☐	☐	
h.	der Augen , wie Abweichungen von der normalen Sehschärfe, Sehschwäche, grauer oder grüner Star, Netzhauterkrankungen oder andere?	☐	☐	Dioptrien: links ____ / rechts ____
i.	des Gehörs , wie Schwerhörigkeit, Entzündungen, Tinnitus oder andere?	☐	☐	
j.	des Stoffwechsels oder des Blutes , wie Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Hormonstörungen (Schilddrüse, Nebennieren), Blutarmut, Gerinnungsstörungen oder andere?	☐	☐	
k.	des Immunsystems oder Infektionskrankheiten , wie HIV-Infektion, sexuell übertragbare Krankheiten, Hepatitis, Borreliose, Tropenkrankheiten oder andere?	☐	☐	
l.	aufgrund von Hautkrankheiten oder Allergien , wie auf Lebensmittel, Pollen, Tierhaare oder andere?	☐	☐	
m.	aufgrund von Tumorerkrankungen (gutartig oder bösartig)?	☐	☐	
n.	aufgrund von Missbildungen oder Geburtsgebrechen ?	☐	☐	
o.	aufgrund Konsum oder Abhängigkeit von Medikamenten, Alkohol, Drogen oder anderen Suchtmitteln?	☐	☐	
p.	andere Krankheiten, Störungen oder Beschwerden, nach denen oben nicht gefragt wurde?	☐	☐	
10	Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	☐	☐	
11	Ist eine medizinische Abklärung / Behandlung, ein Spitalaufenthalt oder eine Operation vorgesehen oder empfohlen worden?	☐	☐	Weshalb?
12	Haben Sie in den letzten 5 Jahren bisher nicht genannte Ärzte, Chiropraktoren, Osteopathen, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten oder andere im Gesundheitsbereich tätige Fachpersonen konsultiert?	☐	☐	Namen und genaue Anschriften Weshalb? Wann? Geheilt?
13	Welchen Arzt haben Sie zuletzt konsultiert?	⇒		Name und genaue Anschrift Weshalb? Wann? Ergebnis?
14	Welcher Arzt ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert?	⇒		Name und genaue Anschrift

Ich erkläre hiermit, die Fragen 1–14 wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Von der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben hängt die Gültigkeit des Vertrages ab. Ich ermächtige die von der Gesellschaft angefragten Ärzte, medizinischen Institutionen und Versicherungseinrichtungen, die zur Antragsprüfung benötigten Auskünfte zu erteilen.

Ort Datum Unterschrift der zu versichernden Person

Ich erkläre, die einzelnen Fragen mit der zu versichernden Person durchgegangen zu sein.

Ort Datum Unterschrift Arzt / Ärztin