

## Beratungsprotokoll für die Krankenversicherung

Kunde/Interessent:  Frau  Herr

---

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Angaben

Sind Sie:

Selbständig       Freiberufler       Arbeitnehmer       nicht berufstätig       Beamter

**Falls Sie Beamter sind, teilen Sie uns bitte folgende Angaben mit:**

Beihilfesatz \_\_\_\_\_ In welchem Bundesland? \_\_\_\_\_

Besteht derzeit eine private Krankenversicherung?

nein

ja, beim Versicherer: \_\_\_\_\_ unter der Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

gekündigt vom  Versicherungsnehmer zum: \_\_\_\_\_  Versicherer zum: \_\_\_\_\_

Umfang der bestehenden Versicherung: \_\_\_\_\_

Falls nein: Waren Sie vorher krankenversichert?

nein

ja, beim Versicherer: \_\_\_\_\_ vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

unter der Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

gekündigt vom  Versicherungsnehmer zum \_\_\_\_\_  Versicherer zum: \_\_\_\_\_

Bestand vorher eine Pflegeversicherung?

nein

ja, bei folgendem Versicherer: \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragen

Größe / cm: \_\_\_\_\_ Gewicht / kg: \_\_\_\_\_

Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchung) oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Heilbehandler statt oder bestand Pflegebedürftigkeit ?  ja  nein

Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel –ggf. auch zur reinen Vorbeugung eingenommen?  ja  nein

Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden, Abhängigkeiten (z. B. Drogen, Alkohol, Medikamente), körperliche Fehler oder psychische Störungen?  ja  nein

Besteht eine anerkannte Behinderung?  ja  nein

Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung, Untersuchung oder Operation durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Heilbehandler notwendig, angeraten oder beabsichtigt?  ja  nein

Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen statt?  ja  nein

Bestehen chronische Leiden, organische oder körperliche Fehler (auch Kieferanomalien)?  ja  nein

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

Findet derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren eine Behandlung, Untersuchung oder Beratung wg. Sterilität statt oder besteht ein unerfüllter Kinderwunsch? (Von Männern und Frauen zu beantworten)  ja  nein

Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten, durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt?  ja  nein

Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?  ja  nein

Werden Brillen oder Kontaktlinsen getragen oder wurden diese angeraten oder verordnet?  ja  nein

Fanden in den letzten 3 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen) bei einem Zahnarzt statt?  ja  nein

Werden derzeit Zahnbehandlungen oder kieferorthopädische Maßnahmen, Behandlungen wegen Parodontose/Parodontitis oder Zahnersatz durchgeführt, oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?  ja  nein

Besteht eine Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose, Parodontitis) oder eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung?  ja  nein

### Nur für Personen ab Eintrittsalter 16 Jahre:

Fehlen Zähne (außer Weisheitszähnen oder bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind?  ja  nein

Besteht Zahnersatz (ersetzte oder überkronte Zähne)?  ja  nein

### Gewünschte Erweiterungen des Versicherungsschutzes

Wünschen Sie eine Pflegeversicherung?  ja  nein

Wünschen Sie eine  Zusatzversicherung oder eine  Vollversicherung ?

Ist eine Selbstbeteiligung gewünscht?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Höhe? \_\_\_\_\_ €

Wünschen Sie Krankenhaustagegeld?  ja  nein

Wenn ja, ab welchem Tag \_\_\_\_\_ und in welcher Höhe? \_\_\_\_\_ €

Wünschen Sie Krankentagegeld?  ja  nein

Wenn ja, ab welchem Tag \_\_\_\_\_ und in welcher Höhe? \_\_\_\_\_ €

Wie möchten Sie bei einem stationären Aufenthalt untergebracht werden?

Einbettzimmer  Zweibettzimmer  Mehrbettzimmer

Wünsche Sie bei einem stationären Aufenthalt eine Chefarzt Behandlung über die Gebühren Ordnung für Ärzte?  ja  nein

Wird eine Kostenerstattung bei ambulanter Heilbehandlung nach dem Hausarztprinzip gewünscht?  ja  nein

Wenn ja, wie viel Prozent? \_\_\_\_\_ %

Wünschen Sie bei ambulanter Behandlung, die Kostenerstattung für Heil- und Hilfsmittel?  ja  nein

Wenn ja, wie viel Prozent? \_\_\_\_\_ %

Wünschen Sie bei ambulanter Behandlung, die Kostenerstattung für Heilbehandlung durch Heilpraktiker?  ja  nein

Wenn ja, wie viel Prozent? \_\_\_\_\_ %

Soll eine Psychotherapeutische Behandlung über 10 Sitzungen mitversichert werden?  ja  nein

Wird eine Zusatzversicherung für Zahnersatz gewünscht?  ja  nein

Wenn ja, wie viel Prozent? \_\_\_\_\_ %

Wird eine Zusatzversicherung für Kieferorthopädische Behandlung gewünscht?  ja  nein

Wenn ja, wie viel Prozent? \_\_\_\_\_ %

Wird eine Zusatzversicherung für Auslandschutz gewünscht?  ja  nein

Wünschen Sie eine Beitragsrückerstattung?  ja  nein

Gesprächspartner und weitere Anwesende \_\_\_\_\_

Beratungsort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde \_\_\_\_\_ Unterschrift Vermittler \_\_\_\_\_