

Gesundheitsfragebogen für die Schüler-BU

A

Schüler

Vorname	Nachname	Geburtsdatum	
Körpergröße in Zentimeter	Gewicht in Kilogramm	Dioptrien links	Dioptrien rechts
Schulform	Klassenstufe	Gibt es bereits einen Wunschberuf? Wenn ja, welchen?	

B

Erziehungsberechtigte(r) 1

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Erziehungsberechtigte(r) 2

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

C

Einwilligung in die Verarbeitung der hier erhobenen Daten

1. Die Erziehungsberechtigten stimmen der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der in diesem Fragebogen gemachten Angaben zwecks Beratung zur Berufsunfähigkeitsversicherung für Schüler durch

Torsten Breitag Versicherungsmakler
Finkenweg 5
56751 Gering

zu.

2. Eine Weitergabe dieses Fragebogens an Versicherungsgesellschaften ist ausgeschlossen.
3. Diese Einwilligung kann jederzeit in Textform widerrufen werden, wenn kein Vertragsverhältnis zu Stande kommt.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) 1

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) 2

Angaben zur Gesundheitshistorie

Sie haben Fragen oder sind sich noch unsicher?

Im Blogartikel [Ausfüllhilfe zum Gesundheitsfragebogen](#) finden Sie hilfreiche Erläuterungen zum Gesundheitsfragebogen.

Weitere Antworten auf spezifischere Fragen finden sich zudem auf der Themenseite: [Aufbereitung der Gesundheitshistorie](#)

Liegen bereits weiterführende Informationen vor?

GKV Akte

Kassenärztliche Vereinigung

Arztberichte oder Befunde

Biometrische Grunddaten und risikorelevante Hobbys

Geburtsdatum	Körpergröße in cm	Gewicht in kg	Raucherstatus	Dioptrien li	Dioptrien re
--------------	-------------------	---------------	---------------	--------------	--------------

Üben Sie risikorelevante Hobbys aus? Zum Beispiel: Bergsport / Klettern, Kampfsport, Reiten, Tauchsport, Wassersport, ... ?

Stationäre Aufenthalte, Operationen und psychische Vorerkrankungen

Fanden in den letzten **10 Jahren** stationäre Aufenthalte, Operationen, Kuraufenthalte, Behandlungen im Krankenhaus ODER Behandlungen psychischer Erkrankungen / Beschwerden statt? Ja Nein
Wenn ja, bitte auf den folgenden Seiten erläutern.

Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten oder Beschwerden ...

... oder kam es zu Behandlungen im Sinne der nachfolgenden Punkte? *Wenn ja, bitte auf den folgenden Seiten erläutern.*

Allergien	Ja	Nein	Magen / Darm	Ja	Nein
Atemwege	Ja	Nein	Physiotherapie	Ja	Nein
Bewegungsapparat	Ja	Nein	Psyche	Ja	Nein
Blutdruck, Herz, Kreislauf	Ja	Nein	Schilddrüse / Stoffwechsel	Ja	Nein
Hauterkrankungen	Ja	Nein			
Sonstige Erkrankungen (bspw. Akne, Corona, Herpes, Kopfschmerzen, Unfälle ...)				Ja	Nein

Detaillierte Angaben zur Gesundheitshistorie

Ü

Übertrag der allgemeinen biometrischen Daten

Geburtsdatum	Körpergröße in cm	Gewicht in kg	Raucherstatus	Dioptrien li	Dioptrien re
--------------	-------------------	---------------	---------------	--------------	--------------

Bitte ergänzen Sie nachfolgend genauere Angaben im Schema:

W

WAS war WANN, WARUM, WIE wurde BEHANDELT, WANN war die BEHANDLUNG abgeschlossen UND AUSGEHEILT / BESCHWERDEFREI?

Was?	War wann? (von ... / bis ... oder besteht noch)
------	---

Gab es einen Auslöser oder Anlass?	Krankschreibung (von ... / bis ... oder nein)
------------------------------------	---

Wie wurde behandelt?

Wie wurde behandelt?

Welche Ärzte (Fachrichtung), Therapeuten oder Heilbehandler wurden aufgesucht?

Was?	War wann? (von ... / bis ... oder besteht noch)
------	---

Gab es einen Auslöser oder Anlass?	Krankschreibung (von ... / bis ... oder nein)
------------------------------------	---

Wie wurde behandelt?

Wie wurde behandelt?

Welche Ärzte (Fachrichtung), Therapeuten oder Heilbehandler wurden aufgesucht?

Detaillierte Angaben zur Gesundheitshistorie

Ü

Übertrag der allgemeinen biometrischen Daten

Geburtsdatum	Körpergröße in cm	Gewicht in kg	Raucherstatus	Dioptrien li	Dioptrien re
--------------	-------------------	---------------	---------------	--------------	--------------

Bitte ergänzen Sie nachfolgend genauere Angaben im Schema:

W

WAS war WANN, WARUM, WIE wurde BEHANDELT, WANN war die BEHANDLUNG abgeschlossen UND AUSGEHEILT / BESCHWERDEFREI?

Was?	War wann? (von ... / bis ... oder besteht noch)
------	---

Gab es einen Auslöser oder Anlass?	Krankschreibung (von ... / bis ... oder nein)
------------------------------------	---

Wie wurde behandelt?

Wie wurde behandelt?

Welche Ärzte (Fachrichtung), Therapeuten oder Heilbehandler wurden aufgesucht?

Was?	War wann? (von ... / bis ... oder besteht noch)
------	---

Gab es einen Auslöser oder Anlass?	Krankschreibung (von ... / bis ... oder nein)
------------------------------------	---

Wie wurde behandelt?

Wie wurde behandelt?

Welche Ärzte (Fachrichtung), Therapeuten oder Heilbehandler wurden aufgesucht?

Detaillierte Angaben zur Gesundheitshistorie

Ü

Übertrag der allgemeinen biometrischen Daten

Geburtsdatum	Körpergröße in cm	Gewicht in kg	Raucherstatus	Dioptrien li	Dioptrien re
--------------	-------------------	---------------	---------------	--------------	--------------

Bitte ergänzen Sie nachfolgend genauere Angaben im Schema:

W

WAS war WANN, WARUM, WIE wurde BEHANDELT, WANN war die BEHANDLUNG abgeschlossen UND AUSGEHEILT / BESCHWERDEFREI?

Was?	War wann? (von ... / bis ... oder besteht noch)
------	---

Gab es einen Auslöser oder Anlass?	Krankschreibung (von ... / bis ... oder nein)
------------------------------------	---

Wie wurde behandelt?

Wie wurde behandelt?

Welche Ärzte (Fachrichtung), Therapeuten oder Heilbehandler wurden aufgesucht?

Was?	War wann? (von ... / bis ... oder besteht noch)
------	---

Gab es einen Auslöser oder Anlass?	Krankschreibung (von ... / bis ... oder nein)
------------------------------------	---

Wie wurde behandelt?

Wie wurde behandelt?

Welche Ärzte (Fachrichtung), Therapeuten oder Heilbehandler wurden aufgesucht?

Detaillierte Angaben zur Gesundheitshistorie

Ü

Übertrag der allgemeinen biometrischen Daten

Geburtsdatum	Körpergröße in cm	Gewicht in kg	Raucherstatus	Dioptrien li	Dioptrien re
--------------	-------------------	---------------	---------------	--------------	--------------

Bitte ergänzen Sie nachfolgend genauere Angaben im Schema:

W

WAS war WANN, WARUM, WIE wurde BEHANDELT, WANN war die BEHANDLUNG abgeschlossen UND AUSGEHEILT / BESCHWERDEFREI?

Was?	War wann? (von ... / bis ... oder besteht noch)
------	---

Gab es einen Auslöser oder Anlass?	Krankschreibung (von ... / bis ... oder nein)
------------------------------------	---

Wie wurde behandelt?

Wie wurde behandelt?

Welche Ärzte (Fachrichtung), Therapeuten oder Heilbehandler wurden aufgesucht?

Was?	War wann? (von ... / bis ... oder besteht noch)
------	---

Gab es einen Auslöser oder Anlass?	Krankschreibung (von ... / bis ... oder nein)
------------------------------------	---

Wie wurde behandelt?

Wie wurde behandelt?

Welche Ärzte (Fachrichtung), Therapeuten oder Heilbehandler wurden aufgesucht?