

Gesundheitsfragebogen für die Schüler-BU

Seite 1 | 3

A

Schüler

<input type="text"/> Vorname	<input type="text"/> Nachname	<input type="text"/> Geburtsdatum	
<input type="text"/> Körpergröße in Zentimeter	<input type="text"/> Gewicht in Kilogramm	<input type="text"/> Dioptrien links	<input type="text"/> Dioptrien rechts
<input type="text"/> Schulform	<input type="text"/> Klassenstufe	<input type="text"/> Gibt es bereits einen Wunschberuf? Wenn ja, welchen?	

B

Erziehungsberechtigte(r) 1

<input type="text"/> Name	<input type="text"/> Vorname
<input type="text"/> Straße, Hausnummer	<input type="text"/> PLZ, Ort

Erziehungsberechtigte(r) 2

<input type="text"/> Name	<input type="text"/> Vorname
<input type="text"/> Straße, Hausnummer	<input type="text"/> 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.

<input type="text"/>
Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) 1

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) 2

Gesundheitsprüfung Schüler vereinfacht

D

Übertrag Allgemeine Daten

Körpergröße in cm Gewicht in kg Dioptrien links Dioptrien rechts

E

Allgemeine Risikofragen

Bestehen bereits Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt? Ja Nein

Üben Sie eine der folgenden Sportarten aus: Motorsport, Bergsport, Flugsport, Tauchsport, Reitsport, Kampfsport, gefährliche Mannschaftssportarten? Ja Nein
(Bergsport: Nur alpines Klettern ab Schwierigkeitsgrad 7 oder Bergsteigen/Skitouren über 4.000 Meter Höhe; Flugsport: nur Paragliding, Drachenfliegen, Fallschirm-springen; Tauchsport: nur bei Tauchtiefen größer als 40 Meter; Mannschaftssport: nur Eishockey und American Football; Reitsport und Kampfsport: nur bei Teilnahme an Wettbewerben)

Planen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen mehr als sechswöchigen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU? Ja Nein
(Geplante Auslandsaufenthalte von minderjährigen Schülern müssen nicht angegeben werden)

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt oder sonstigen Heilbehandler untersucht oder behandelt? Ja Nein
(Heilbehandler: Dies sind insbesondere Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Osteopathen. Untersucht oder behandelt: Vorsorgeuntersuchungen, Erkältungskrankheiten, Magen-Darm-Infekte oder Harnwegsinfekte müssen nicht angegeben werden.)

G

Sofern in Teil "G" eine Frage bejaht wird, muss Seite 3 ausgefüllt werden!

Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten Medikamente verschrieben oder verabreicht? Ja Nein
(Dazu gehören insbesondere Tabletten, Salben und Spritzen. Verhütungsmittel und Impfungen sowie Behandlungen von Erkältungskrankheiten, Magen-Darm- oder Harnwegsinfekte müssen nicht angegeben werden.)

Waren Sie in den letzten 5 Jahren für mehr als 14 Kalendertage durchgehend aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, am Schulunterricht teilzunehmen (zusammenhängende Krankschreibung) oder sind Sie derzeit dazu nicht in der Lage? Ja Nein

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen des Genusses von Alkohol oder anderer Suchtmittel beraten oder behandelt? Ja Nein

Sind Sie in den letzten 5 Jahren untersucht oder behandelt worden wegen einer Herzerkrankung, Tumorerkrankung, Nierenerkrankung oder Diabetes? Ja Nein

Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren psychische Beschwerden oder Erkrankungen? Ja Nein
(Psychische Beschwerden: Dazu gehören z. B. Depression, Burnout-Syndrom, Angststörung, Erschöpfungszustand, Essstörung, Suchterkrankung, Suizidversuch)

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär aufgenommen oder ist eine stationäre Behandlung in den nächsten 12 Monaten geplant? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Beschwerden des Nervensystems oder des Gehirns, des Bewegungsapparates oder der Sinnesorgane? Ja Nein
(Nervensystem/Gehirn: z. B. Lähmungen, Gefühlsstörungen; Bewegungsapparat: z. B. Folgen von Knochenbrüchen, Verletzungen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen; Sinnesorgane: z. B. Sehstörung, Hörminderung, Fehlsichtigkeit > 8 Dioptrien)

Reguläre Gesundheitsprüfung Schüler

Ü

Übertrag Allgemeine Daten

Körpergröße in cm

Gewicht in kg

Dioptrien links

Dioptrien rechts

S

Stationäre Aufenthalte, Operationen

Fanden in den letzten **10 Jahren** stationäre Aufenthalte, Operationen, Kuraufenthalte oder Behandlungen psychischer Beschwerden statt? Wenn ja, welche:

Ja

Nein

Erläuterungen

Erläuterungen

R

Krankheiten, Beschwerden, Beeinträchtigungen in den letzten 5 Jahren

Bestehen oder bestanden in den letzten **5 Jahren** Krankheiten, Beschwerden oder Störungen? Oder fanden in den letzten 5 Jahren Untersuchungen, Behandlungen oder Beratungen durch Ärzte oder Heilbehandler statt?

Ja

Nein

Nicht angegeben werden müssen einmalige Erkältungskrankheiten, Impfungen und zahnärztliche Routineuntersuchungen.

Erläuterungen

Erläuterungen

Erläuterungen

Erläuterungen

Erläuterungen

Erläuterungen

Erläuterungen

Erläuterungen

Erläuterungen