

## Fragebogen zum Gesundheitszustand

Meinen Fragebogen zum Gesundheitszustand benötige ich stets vor dem Ersttermin. Erläuterungen zum Fragebogen finden Sie im nachfolgenden Blogartikel:



[Ausfüllhilfe Gesundheitsfragebogen Berufsunfähigkeitsversicherung](#)

*Wichtig, bitte lesen!*

Sie können Ihre Eingaben hier Formular speichern und dann bspw. den Fragebogen ausdrucken, unterschreiben und bequem per eMail als Scan oder Foto an [service@torsten-breitag.de](mailto:service@torsten-breitag.de) senden.

### 1) Persönliche Daten

Titel \_\_\_\_\_ Vorname, Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### 2) Angaben zu Beruf, Ausbildung und Einkommen

Beruf \_\_\_\_\_ Status \_\_\_\_\_  
Ausbildung / Studium \_\_\_\_\_  
Jahresbrutto \_\_\_\_\_ mtl. Netto \_\_\_\_\_ BU-Rente gewünscht \_\_\_\_\_  
KV Status \_\_\_\_\_ Krankenversicherung \_\_\_\_\_

### 3) Angaben zur gewünschten und bestehenden Risikoabsicherung

**Besteht bereits eine Berufsunfähigkeitsversicherung oder vergleichbare Absicherung?**

Nein      Wenn ja, in welcher Form? \_\_\_\_\_

**Bestehen über die Beratung zur Berufsunfähigkeitsversicherung hinaus weitere Beratungswünsche?**

\_\_\_\_\_

**Torsten Breitag Versicherungsmakler**  
Fasanenweg 10  
56299 Ochtendung

**eMail:**  
[service@torsten-breitag.de](mailto:service@torsten-breitag.de)

**Telefon:**  
02625 297 762

#### 4) Allgemeine Angaben zur Risikobeurteilung

Körpergröße in cm \_\_\_\_\_ Gewicht in kg \_\_\_\_\_ Raucher? \_\_\_\_\_  
 Brillenträger ja nein Dioptrien links / rechts \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Risikorelevante Hobbies? \_\_\_\_\_  
 (bspw. Bergsport / Klettern, Kampfsport, Motorsport, Reiten, Tauchsport / Wassersport, ...)

#### 5) Bestehen oder bestanden in den letzten 10 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Beeinträchtigungen ...

Psyche ja nein Suchterkrankungen / Drogen ja nein

#### 6) Kam es in den letzten 10 Jahren zu ...

Operationen ambulant ja nein  
 Operationen stationär oder Krankenhausaufenthalte ja nein  
 Kuren / Rehabilitationsmaßnahmen ja nein

#### 7) Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Beeinträchtigungen ...

Allergien ja nein Atemwege ja nein  
 Bewegungsapparat ja nein Blutdruck / Herz / Kreislauf ja nein  
 Hauterkrankung ja nein Magen / Darm ja nein  
 Physiotherapie ja nein Psyche ja nein  
 Schilddrüse ja nein Stoffwechsel ja nein  
 Sonstige Erkrankungen ja nein (bspw. Akne, Herpes, Migräne, Unfälle ...)

### 8) Genauere Angaben zur Gesundheitshistorie

Bitte ergänzen Sie nachfolgend genauere Angaben im Schema: WAS war WANN? WIE wurde behandelt? Wann war die Behandlung abgeschlossen und ausgeheilt / beschwerdefrei?

---

Was?

---

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

---

Gab es einen Anlass?

---

Krankschreibung? (von / bis ... oder nein)

---

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente ...)

---

Weitere Angaben?

---

Was?

---

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

---

Gab es einen Anlass?

---

Krankschreibung? (von / bis ... oder nein)

---

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente ...)

---

Weitere Angaben?

---

Was?

---

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

---

Gab es einen Anlass?

---

Krankschreibung? (von / bis ... oder nein)

---

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente ...)

---

Weitere Angaben?

**Torsten Breitag Versicherungsmakler**  
Fasanenweg 10  
56299 Ochtendung

**eMail:**  
service@torsten-breitag.de

**Telefon:**  
02625 297 762

---

Was?

---

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

---

Gab es einen Anlass?

---

Krankschreibung? (von / bis ... oder nein)

---

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente ...)

---

Weitere Angaben?

---

Was?

---

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

---

Gab es einen Anlass?

---

Krankschreibung? (von / bis ... oder nein)

---

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente ...)

---

Weitere Angaben?

---

Was?

---

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

---

Gab es einen Anlass?

---

Krankschreibung? (von / bis ... oder nein)

---

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente ...)

---

Weitere Angaben?

---

Was?

---

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

---

Gab es einen Anlass?

---

Krankschreibung? (von / bis ... oder nein)

---

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapien, Medikamente ...)

---

Weitere Angaben?

**Torsten Breitag Versicherungsmakler**  
Fasanenweg 10  
56299 Ochtendung

**eMail:**  
service@torsten-breitag.de

**Telefon:**  
02625 297 762

## 9) Datenschutzerklärung

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift stimme ich der Verwendung und Speicherung meiner persönlichen Daten und hier gemachten Angaben zum Gesundheitszustand im Rahmen der Beratung durch **Herrn Torsten Breitag** (Versicherungsmakler, Fasanenweg 10, 56299 Ochtendung) ausdrücklich zu.

Eine Weitergabe des Fragebogens - zum Beispiel an Versicherungsgesellschaften - ist mit Ausnahme der Notwendigkeit einer Enthftung des Maklers generell ausgeschlossen.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit in Textform widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift