

## Gesundheitsfragebogen BU

### P Persönliche Angaben

Anrede	Titel	Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Vollständige Anschrift				Telefonnummer

### B Angaben zum Beruf

Berufsbezeichnung	Bezeichnung abgeschlossenes oder ausgeübtes Studium (oder Ausbildung)				
Status	Personalverantwortung?	KV-Status	Krankenversicherung		
gewünschte mtl. BU-Rente		monatliches Nettoeinkommen	Jahresbruttoeinkommen	Familienstand	Kinder

### i Weitere Angaben zur gewünschten und bestehenden Absicherung

Besteht bereits eine Berufsunfähigkeitsversicherung?	Ja	Nein		
Falls "ja":	Gesellschaft	Abschlussjahr	mtl. BU-Rente	Endalter
Wurden bereits (früher) BU-Anträge gestellt oder andere BU-Vermittler beauftragt?	Ja	Nein		
Soll eine Rechtsschutzversicherung abgeschlossen werden?	Ja	Nein		
Bestehen weitere Absicherungswünsche / Beratungsbedarf?	Welcher Art? Oder einfach "nein" angeben.			

### D Einwilligung in die Verarbeitung der hier erhobenen Daten

1. Der oben genannte Interessent stimmt der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der in diesem Fragebogen gemachten Angaben zwecks Beratung zur Berufsunfähigkeitsversicherung durch

**Torsten Breitag Versicherungsmakler, Finkenweg 5 in 56751 Gering**

zu.

2. Eine Weitergabe dieses Fragebogens an Versicherungsgesellschaften ist ausgeschlossen.

3. Diese Einwilligung kann jederzeit in Textform widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## 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?