

Versicherungsschein-Nummer: _____

Name: _____

5. Gesundheitsangaben

Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen nicht aus, nehmen Sie bitte die Ergänzungen auf einem unterschriebenen Zusatzblatt vor.

Zusatzblatt benutzt? (wird Bestandteil des Antrags)

☐ ja

Körpergröße in cm: _____

Körpergewicht in kg: _____

5.1 In den letzten 3 Jahren

Haben Behandlungen, Untersuchungen, Beratungen, Beobachtungen oder Kontrollen durch Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe stattgefunden?

☐ nein

☐ ja

Bitte geben Sie auch den Behandlungszeitraum und Ausheilungstermin an.

Diagnose: _____

von: _____ bis: _____ wann ausgeheilt: _____

Diagnose: _____

von: _____ bis: _____ wann ausgeheilt: _____

Diagnose: _____

von: _____ bis: _____ wann ausgeheilt: _____

5.2 In den letzten 10 Jahren

Wurden stationäre Behandlungen, Untersuchungen oder Operationen durchgeführt?

Erfolgt ambulante oder stationäre Kurmaßnahmen (wegen welcher Diagnosen)?

☐ nein

☐ ja

Bitte geben Sie auch den Behandlungszeitraum und Ausheilungstermin an.

Diagnose: _____

von: _____ bis: _____ wann ausgeheilt: _____

Diagnose: _____

von: _____ bis: _____ wann ausgeheilt: _____

5.3 Erfolgte in den letzten 10 Jahren oder erfolgt derzeit eine ambulante/stationäre psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung/Beratung/Gespräch?

☐ nein

☐ ja

Bitte geben Sie auch den Behandlungszeitraum und die Anzahl der Sitzungen an.

Diagnose: _____

von: _____ bis: _____ Anzahl der Sitzungen: _____

Versicherungsschein-Nummer: _____

Name: _____

5.4 Aktueller Gesundheitszustand

a) Bestehen Beschwerden, Folgen von durchgemachten Erkrankungen oder Unfallfolgen, chronische Erkrankungen, Wehrdienstbeschädigungen oder Beeinträchtigungen (auch solche, die einer möglichen Erwerbsminderung zu Grunde liegen)?

Besteht eine Schwangerschaft? Gegebenenfalls in welcher Woche?

Besteht eine Sterilität oder wurden bereits Untersuchungen zur Feststellung einer Sterilität durchgeführt?

Sind hierzu Untersuchungen notwendig, angeraten oder beabsichtigt?

Werden derzeit ärztliche Behandlungen durchgeführt? Welche?

☐ nein ☐ ja

Geben Sie bitte auch die Therapieform, den Behandlungszeitraum und die Diagnose an.

Diagnose: _____

von: _____ bis: _____ wann ausgeheilt: _____

Diagnose: _____

von: _____ bis: _____ wann ausgeheilt: _____

b) Wird eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinse) getragen?

☐ nein ☐ ja

Dioptrien links: _____ Dioptrien rechts: _____

5.5 Nehmen oder nahmen Sie innerhalb des letzten Jahres regelmäßig Medikamente?

(mehr als einmal verordnet; Verhütungsmittel sind anzugeben, wenn diese zur Behandlung einer Erkrankung verordnet werden/wurden)

☐ nein ☐ ja

Welche? Name: _____

Diagnose: _____

von: _____ bis: _____

Welche? Name: _____

Diagnose: _____

von: _____ bis: _____

5.6 Geplante Behandlungen

Ist eine ambulante oder stationäre Untersuchung bzw. Behandlung geplant oder angeraten? ☐ nein ☐ ja

Geben Sie bitte den voraussichtlichen Behandlungsbeginn und die -dauer an.

Wann: _____

Diagnose: _____

5.7 Wurde eine HIV-Infektion - z. B. durch einen AIDS-Test - festgestellt?

☐ nein ☐ ja

Versicherungsschein-Nummer: _____

Name: _____

5.8 Zahnfragen

a) Sind derzeit zahnärztliche und/oder kieferorthopädische Behandlungen geplant, angeraten bzw. werden solche durchgeführt? Welche?

Bitte geben Sie uns auch Behandlungstermine an.

☐ nein ☐ ja

Bitte nähere Angaben: _____

von: _____ bis: _____ voraussichtlich beendet: _____

b) Bitte geben Sie die Anzahl der tatsächlich noch fehlenden Zähne (mit Ausnahme der Weisheitszähne) an.

☐ keine ☐ es fehlen _____ Stück

c) Bitte geben Sie die Anzahl der künstlichen Zähne an, z. B. Kronen, Implantate, Brücken (bei Brücken die Anzahl aller betroffenen Zähne)

☐ keine ☐ künstlich sind _____ Stück

Wichtig:

Bitte kündigen Sie Ihre Vorversicherung nicht, bevor Sie von uns den Versicherungsschein bzw. eine Annahmeerklärung erhalten haben.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten, Schweigepflichtentbindungserklärung sowie sonstige Einwilligungen und Hinweise

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die folgenden "Hinweise und Erklärungen". Durch Ihre Unterschrift nehmen Sie diese Inhalte zur Kenntnis, erklären sich mit deren Einbeziehung in den Vertrag einverstanden und willigen ein in die

- Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
- Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
- Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
- Datenweitergabe an Rückversicherungen
- Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
- Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt, und die
- Verwendung von personenbezogenen Daten zur werblichen Nutzung sowie zur Markt- und Meinungsforschung

Außerdem enthalten die "Hinweise und Erklärungen" u. a. Hinweise zur **Anzeigepflicht** und zu **Folgen einer Anzeigepflichtverletzung** sowie Erläuterungen zum **Widerrufsrecht**. **Wichtig!** Zweck und Umfang dieser Erklärungen sind unter "Hinweise und Erklärungen" ausführlich erläutert.

Bitte fertigen Sie sich ggf. eine Kopie des Antrags für Ihre Unterlagen an.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift der zu versichernden Person (ab 16 Jahren)

Unterschrift der Eltern/des gesetzlichen Vertreters

6.1 Erläuterungen zu den Gesundheitsangaben

Bitte geben Sie uns ausführliche Stellungnahmen mit dem jeweiligen Behandlungszeitraum an und teilen Sie uns mit, ob und ggf. seit wann (genaues Datum) die Erkrankungen folgenlos ausgeheilt sind!

Zu 5.1 - In den letzten 3 Jahren

Bitte geben Sie uns hier an, wann und wie oft Sie Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe (z. B. Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankengymnasten, Masseure) aufsuchten.

Nennen Sie uns bitte die ärztliche Diagnose; wenn Ihnen diese nicht bekannt ist, können Sie das Beschwerdebild auch mit Ihren eigenen Worten schildern. Nennen Sie uns bitte auch die **Behandlungszeiträume**.

Besonders wichtig für unsere Risikobeurteilung ist der Zeitpunkt, ab dem die jeweilige Erkrankung **folgenlos ausgeheilt** ist. Bitte nennen Sie uns dieses **Datum**.

Bei regelmäßig durchgeführten Vorsorge-, Routine- oder Kontrolluntersuchungen teilen Sie uns bitte den jeweiligen **Grund** sowie den bei der Untersuchung erstellten **Befund** mit.

Soweit Ihnen **Medikamente** oder **Heilmittel** (z. B. Fango, Massage, Ultraschall-, Heißluft- oder Elektrotherapie) verordnet wurden, bitten wir um Angabe des **Namens** und der **Behandlungshäufigkeit** (z. B. bei Massage Anzahl der Behandlungen/Serien).

Bitte teilen Sie uns auch die Zeiträume von **Arbeitsunfähigkeiten** mit den jeweiligen Erkrankungen mit, wenn diese länger als zwei Wochen dauerten.

Zu 5.2 - In den letzten 10 Jahren

Bitte teilen Sie uns hier mit, welche **Diagnosen** zum **Aufenthalt** in Krankenhäusern, Sanatorien, Kuranstalten oder Heilstätten führten. Uns interessieren auch hier die **Behandlungszeiträume** und der Zeitpunkt, ab dem die jeweilige Erkrankung **folgenlos ausgeheilt** ist. Bitte geben Sie eventuell durchgeführte stationäre und ambulante **Kursmaßnahmen** (z. B. Badekur) mit Diagnosen, Behandlungszeiträumen und Termin der Ausheilung an.

Sollten Operationen erfolgt sein, bitten wir um Nennung der betroffenen Körperteile. Teilen Sie uns hier bitte auch mit, ob **Operationsmaterial** (z. B. Platten, Schrauben, Nägel) in Ihrem Körper belassen wurde und ob (ggf. wann) dieses wieder entfernt werden muss. Bitte geben Sie uns auch eventuell bereits durchgeführte **Rehabilitationsmaßnahmen** an.

Zu 5.3 - Psychotherapeutische/psychiatrische Behandlungen/Beratungen/Gespräche

Bei **ambulant** oder **stationären Psychotherapien** oder **psychiatrischen Behandlungen** benötigen wir die Angabe, in welchen **Zeiträumen** die Behandlungen erfolgten, welche **Therapien** angewandt wurden und wann die **Ausheilung** erfolgte.

Bei noch laufenden Behandlungen bitten wir um Angabe des voraussichtlichen Behandlungsendes.

Zu 5.4 - Aktueller Gesundheitszustand

Zu **Beschwerden** gehören u. a. sowohl vorübergehende als auch dauerhafte **Beeinträchtigungen** des seelischen und körperlichen Wohlbefindens, z. B. Bluthochdruck, Stoffwechselerkrankungen, Diabetes, Sarkoidose, Morbus Bechterew, chronische Darmerkrankungen (wie z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Diverticulose), Alzheimer'sche oder Parkinson'sche Krankheit sowie alle sonstigen chronischen Leiden oder dauerhafte Beschwerden. Diese sind auch dann anzugeben, wenn zum Zeitpunkt der Antragsstellung keine Beschwerden - z. B. durch einen momentanen Stillstand - bestehen.

Zu **Unfallfolgen** zählen u. a. Taubheit oder Verlust, Fehlbildung und Entstellung von Gliedmaßen.

Bei **laufender Behandlung** bitten wir um Angabe von Diagnose, Behandlungsbeginn und voraussichtlichem -ende.

Bei Sterilität bitten wir um nähere Ausführungen zur genauen Diagnose sowie um Angaben, welche Behandlungen durchgeführt werden oder vorgesehen sind.

Bei bestehenden **Wehrdienstbeschädigungen** oder **Erwerbsminderungen** benötigen wir eine Kopie des versorgungsamtlichen **Bescheids**, aus dem die **Diagnosen** hervorgehen, die zur Wehrdienstbeschädigung oder Erwerbsminderung führten.

Zu 5.5 - Medikamenteneinnahme im letzten Jahr

Zu **Medikamenten** geben Sie uns bitte die Diagnose sowie den Namen an. Teilen Sie uns bitte auch hier mit, auf Grund welcher Beschwerden und Diagnosen diese eingenommen werden/wurden.

Zu 5.6 - Geplante Behandlungen

Bitte nennen Sie uns hier die **Art der geplanten Behandlungen**, die gestellte **Diagnose**, voraussichtlichen **Behandlungsbeginn und -ende**.

Zu 5.8 - Zahnfragen

Zu **zahnärztlichen** und **kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen** reichen Sie uns bitte eine Kopie des Heil- und Kostenplans ein.

Nennen Sie uns bitte auch den voraussichtlichen Behandlungsbeginn sowie voraussichtliches Behandlungsende.

Bei **fehlenden Zähnen** können Sie die Weisheitszähne unberücksichtigt lassen.

Sind Zahnlücken nicht mehr sichtbar, weil ein vollständiger **"Lückenschluss"** erreicht wurde (z. B. bei kieferorthopädischen Behandlungen), können Sie auch diese unberücksichtigt lassen.

Bei der Angabe zu vorhandenen künstlichen Zähnen gehören Angaben, **wie viele Zähne** in Ihrem Gebiss überkront, überbrückt oder durch Implantate ersetzt wurden (**genaue Stückzahl**). Bei Überbrückungen geben Sie uns bitte auch an, ob Nachbarzähne betroffen sind.