



Gesundheitsprüfung

Name, Vorname: _____

Datum und Unterschrift: _____

Persönliche Angaben:

Geburtsdatum _____

Größe _____ Gewicht _____ BMI _____

Grad der Befinderung (GdB): 1 - 49% 50% 51 - 100%

Besteht oder bestand:

<input type="checkbox"/> Berufs-/ Dienstunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit + Antrag auf Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> Anstehende Operationen in den nächsten 6 Monaten
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderung / EU	<input type="checkbox"/> Pflegezusatzantrag bereits abgelehnt?	<input type="checkbox"/> Aktuelle Behandlungen / Kontrolluntersuchung
<input type="checkbox"/> Minderung der Erwerbsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen	<input type="checkbox"/> Geplante stationäre Behandlungen / Reha-Maßnahmen
<input type="checkbox"/> werdende Eltern oder geplante Adoption / Vaterschaftsanerkennung ?	<input type="checkbox"/> Kriegs- / Wehrdienstbeschädigung / Invalidität	

Gesundheitsfragen - Bitte zutreffendes ankreuzen

<input type="checkbox"/> Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (insulinpflichtig)	<input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/> Lupus erythematodes, systemisch	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - Depression stationär
<input type="checkbox"/> ALS- amyotrophe Lateralsklerose	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (nicht insulinpflichtig)	<input type="checkbox"/> Herzkrankheit, koronare (KHK)	<input type="checkbox"/> Lymphödem (Stauung der Lymphgefäße)	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - Neurose
<input type="checkbox"/> Amputationen, Arm- und/oder Bein	<input type="checkbox"/> Down-Syndrom (Trisomie 21)	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Makuladegeneration	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - Psychose
<input type="checkbox"/> Anämie - Hämolytische Anämie	<input type="checkbox"/> Embolie	<input type="checkbox"/> Hirnleistungsstörung	<input type="checkbox"/> Marmorknochenkrankheit	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - Schizophrenie
<input type="checkbox"/> Anämie - Sichelzellenanämie	<input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/> HIV-Infektion / AIDS	<input type="checkbox"/> Mikrozephalie	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - sonstige
<input type="checkbox"/> Aneurysma	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Hörsturz	<input type="checkbox"/> Missbildungen / Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - stationär behandelt
<input type="checkbox"/> Aortenerweiterung	<input type="checkbox"/> Fettleber	<input type="checkbox"/> Hydrozephalus (Wasserkopf)	<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	<input type="checkbox"/> Querschnittslähmung
<input type="checkbox"/> Apallisches Syndrom / Wachkoma / Koma	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Immundefekte	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn	<input type="checkbox"/> Rheuma / rheumatische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> arterielle Verschlusskrankheit, peripher	<input type="checkbox"/> Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten, chronische	<input type="checkbox"/> Morbus Huntington	<input type="checkbox"/> Rückenmarkserkrankungen
<input type="checkbox"/> Arterienaneurysma	<input type="checkbox"/> Gehirn - Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose (zystische Fibrose)	<input type="checkbox"/> Sarkoidose
<input type="checkbox"/> Arteriosklerose / Arterienverkalkung	<input type="checkbox"/> Gehirn - infantile Zerebralparese	<input type="checkbox"/> Kindliche Entwicklungsstörung	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Gehirn, Schädigung oder Erkrankung	<input type="checkbox"/> Knochenmarkinsuffizienz (aplastische Anämie)	<input type="checkbox"/> Muskeltrophie / Muskeldystrophie / Muskelschwund	<input type="checkbox"/> Schlafapnoe-Syndrom
<input type="checkbox"/> Arthrose - Gelenkarthrose	<input type="checkbox"/> Gehirnblutung	<input type="checkbox"/> Knochenmarkserkrankungen	<input type="checkbox"/> Muskelerkrankung, chronisch	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Arthrose - nur Hüftarthrose	<input type="checkbox"/> Gehirnschwund (Hirnatrophie)	<input type="checkbox"/> kognitive Störung	<input type="checkbox"/> Myasthenia gravis	<input type="checkbox"/> Schmerzsyndrom, chronisch
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Gehirntumor (auch gutartig)	<input type="checkbox"/> Kollagenose	<input type="checkbox"/> Nervensystems, Schädigung oder Erkrankung	<input type="checkbox"/> Schwindel, chronisch
<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Störung	<input type="checkbox"/> Gelenkersatz (TEP)	<input type="checkbox"/> Krebs - Bösartige Tumore	<input type="checkbox"/> Netzhauterkrankung	<input type="checkbox"/> Spina bifida
<input type="checkbox"/> Auge - Schädigung des Sehnerves	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Krebs - Hautkrebs	<input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen, angeboren
<input type="checkbox"/> Autismus (u.a. Asperger Syndrom)	<input type="checkbox"/> Glasknochenkrankheit	<input type="checkbox"/> Krebs - Leukämie	<input type="checkbox"/> Neuropathie	<input type="checkbox"/> Strahlenfolgen
<input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung	<input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke oder sonstige Implantate, außer Zähnen	<input type="checkbox"/> Niere - Harnstauungsniere	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung
<input type="checkbox"/> Beinlängen, unterschiedlich (über 2 cm Differenz)	<input type="checkbox"/> Grüner Star	<input type="checkbox"/> Lähmungen (Hemiparese / Hemiplegie)	<input type="checkbox"/> Niere - Zystennieren	<input type="checkbox"/> Thrombosen
<input type="checkbox"/> Bewegungskordinationsstörungen (Ataxien)	<input type="checkbox"/> Hämochromatose	<input type="checkbox"/> Leber - primär biliäre Zirrhose	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung, dialysepflichtig	<input type="checkbox"/> Tinnitus
<input type="checkbox"/> Blasenschwäche	<input type="checkbox"/> hämolytische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Leber - Zystenleber	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen, chronisch	<input type="checkbox"/> Transitorische ischämische Attacke (TIA)
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> Harnsäure, erhöht	<input type="checkbox"/> Leber - Lebererkrankung chronisch	<input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Transplantation - Organe und Gewebe
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck (medikamentös behandelt)	<input type="checkbox"/> Harnwegsinfekte, mehrfach	<input type="checkbox"/> Leberfibrose	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Bronchiektasen	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Leberzellschäden	<input type="checkbox"/> Osteomyelitis	<input type="checkbox"/> Ulcus cruris (chronisches Unterschenkelgeschwür)
<input type="checkbox"/> Carotisstenose (Verengung der Halsschlagader)	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Leberzirrhose (Schrumpfleber)	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Verengung oder Verschluss von Schlagadern
<input type="checkbox"/> Chorea Huntington	<input type="checkbox"/> Herz - Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Lunge - Staublunge	<input type="checkbox"/> Pankreatitis, chronisch	<input type="checkbox"/> Verhaltensstörungen
<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> Herz - Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> Lungenemphysem	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Vorgeburtliche Erkrankungen bei Kindern
<input type="checkbox"/> Covid-19 Pneumonie	<input type="checkbox"/> Herz und Herzkranzgefäße, Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Lungenembolie/-infarkt	<input type="checkbox"/> Polyarthrit	<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/> Herzfehler	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung, chronisch	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie	<input type="checkbox"/> Zustand nach Bypass-Operation
<input type="checkbox"/> Darmerkrankungen, chronisch	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung, chronisch obstruktive (COPD)	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - Bulimie / Essstörungen	<input type="checkbox"/> Zerebrovaskuläre Krankheiten
<input type="checkbox"/> Dekubitus - chronisch offene Wunde	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz		<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - Depression ambulant	
<input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer				

Hinweis: Trotz sorgfältiger Prüfung der Gesundheitsangaben ist es zwingend notwendig, Ihren Gesundheitszustand bei Antragstellung mit den Antragsfragen des jeweiligen Versicherers erneut und ganz genau zu überprüfen! Für die Richtigkeit des Inhaltes übernimmt die KV Werk GmbH keine Garantie und Haftung.



versicherbar



individuelle Prüfung



Ablehnung