

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung



1. Allergie	Seite 2	14. Kopfschmerz und Migräne	Seite 15
2. Asthma	Seite 3	15. Kropf- und Schilddrüsenerkrankung	Seite 16
3. Blutfettwerte erhöht	Seite 4	16. Medikamenteneinnahme	Seite 16
4. Bluthochdruck	Seite 5	17. Prostata- und Harnwegserkrankungen	Seite 17
5. Diabetes mellitus/Zuckerkrankheit	Seite 6	18. Sterilität/Infertilität	Seite 17
6. Frauenleiden	Seite 7	19. Refluxkrankheit	Seite 18
7. Hämorrhoiden	Seite 8	20. Tinnitus und Hörsturz	Seite 19
8. Harnsäurewerte erhöht/Hyperurikämie	Seite 9	21. Unfall	Seite 20
9. Hauterkrankung	Seite 10	22. Wirbelsäulen- und Rückenbeschwerden	Seite 21
10. Heuschnupfen	Seite 11	23. Fehlende bzw. ersetzte Zähne	Seite 22
11. Krampfadern	Seite 12	24. Angaben zu angeratenen oder beabsichtigten Behandlungen oder Untersuchungen	Seite 23
12. Knie- und Sprunggelenksverletzungen	Seite 13		
13. Knochenbruch	Seite 14		

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
--	--	---

1. Allergie
Seit wann besteht die Allergie?

Welche allergieauslösenden Ursachen sind bekannt?

- Hausstaub
 Schimmelpilzsporen
 Insektenstiche
 Tierhaare
 Pollen von Gräsern, Bäumen, Getreide
 Medikamente, Farbstoffe, Kosmetika, Chemikalien, Metalle
 Nahrungsmittel, ggf. welche?

 folgende andere:

Welche Beschwerden (Symptome) treten auf?

- Schwellungen
 Hautausschläge, Hautjucken
 Schockzustand
 Erbrechen, Durchfall, Bauchkrämpfe
 Kopfschmerzen
 erschwertes Atmen
 Niesanfälle, Augentränen, Augen- und Rachenjucken
 folgende andere:

Ist die Allergie jahreszeitabhängig und ggf. über welchen Zeitraum tritt sie auf?

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Wurde ein Allergiepass ausgestellt
(bitte Fotokopie beifügen)? ja nein

Welche Therapie wurde bisher durchgeführt?

- Akupunktur
 Medikamente (bitte die Namen der Arzneimittel und die genaue Dosierung angeben):

- Spritzen
 Hyposensibilisierung
 Diät
 Inhalation
 stationäre Heilbehandlung
 Bestrahlungen
 folgende andere:

Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Sind weitere Untersuchungen (z. B. Allergietest) oder Behandlungen (z. B. Hyposensibilisierung) angedacht oder beabsichtigt? ja nein
 Falls „ja“, welche?

Leiden oder litten die Mutter, der Vater oder die Geschwister an einer Allergie? ja nein

Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

_____ _____ _____
 Ort Datum Unterschrift der zu versichernden Person
 (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
--	--	---

2. Asthma

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Seit wann besteht das Asthma?

Wie oft und in welchen Abständen treten die Asthma-Anfälle auf?

Durch welche Umstände werden die Anfälle ausgelöst?

Leiden oder litten die Mutter, der Vater oder die Geschwister an Asthma? ja nein

Bestehen oder bestanden Herzbeschwerden? ja nein
 Falls „ja“, wie machen sie sich bemerkbar?

Bestand wegen der Asthma-Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit? ja nein
 Falls „ja“, wann und wie lange?

Wann fand die letzte Behandlung statt und seit wann besteht Beschwerdefreiheit?

War eine Krankenhausbehandlung erforderlich? ja nein
 Falls „ja“, wann und wie lange?

War ein Kuraufenthalt erforderlich? ja nein
 Falls „ja“, wann und wie lange?

Wurde eine Kur oder Klimakur vom Arzt angeraten oder ist eine solche beabsichtigt? ja nein

Wurden Medikamente verordnet? ja nein
 Falls „ja“, welche? (Bitte auch die genaue Dosierung angeben)

Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
--	--	---

3. Blutfettwerte erhöht

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Seit wann ist die Erkrankung bekannt?

Traten Beschwerden auf? ja nein
 Falls „ja“, welche?

 Von wann bis wann?

Fanden ambulante Heilbehandlungen statt? ja nein
 Falls „ja“, über welchen Zeitraum/welche Zeiträume?

Sind Sie derzeit beschwerdefrei? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Bestehen oder bestanden Herzbeschwerden? ja nein
 Falls „ja“, wie machen sie sich bemerkbar?

Wurde eine koronare Herzkrankheit festgestellt? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Besteht eine Gefäßverkalkung (Arteriosklerose)? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Besteht oder bestand ein Diabetes mellitus? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Wurden erhöhte Blutdruckwerte festgestellt? ja nein
 Falls „ja“, wann?

Wurden erhöhte Harnsäurewerte festgestellt? ja nein
 Falls „ja“, wann?

In welchen Abständen sind Sie seitens der erhöhten Blutfettwerte in ärztlicher Behandlung?

Welche Therapie wurde bisher durchgeführt?

- Diät
- ambulante Behandlung
- Krankenhausbehandlung
- Kuraufenthalte
- Medikamente
- Gewichtsreduzierung
- folgende weitere:

Sind die Behandlungen abgeschlossen? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Sind weitere Behandlungen angedacht oder beabsichtigt? ja nein
 Falls „ja“, welche, wann?

Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____		Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____
Straße, Hausnummer _____			Verm: Pers. Nr. _____
PLZ _____	Wohnort _____		
zu versichernde Person: Name, Vorname _____		Geburtsdatum _____	BD/Agt.: _____

4. Bluthochdruck
Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Seit wann besteht der Bluthochdruck?

Welche Ursachen hat der Bluthochdruck?

Leiden oder litten die Mutter, der Vater oder die Geschwister an Bluthochdruck? ja nein

Erlitten die Mutter, der Vater oder die Geschwister einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall? ja nein

Hat der Bluthochdruck bereits zu Folgeschäden an anderen Organen geführt (z. B. Augenerkrankung)? ja nein
 Falls „ja“, zu welchen?

In welchen Abständen sind Sie seitens des Bluthochdrucks in ärztlicher Behandlung?

Welche Untersuchungen hinsichtlich des Bluthochdrucks wurden durchgeführt und wie lauten die Befunde?

Bestehen oder bestanden Herzbeschwerden? ja nein
 Falls „ja“, wie machen sie sich bemerkbar?

Besteht eine koronare Herzkrankheit? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Wurden erhöhte Blutfettwerte festgestellt? ja nein
 Falls „ja“, wann?

Wurden erhöhte Harnsäurewerte festgestellt? ja nein
 Falls „ja“, wann?

Wurde ein Diabetes mellitus festgestellt? ja nein
 Falls „ja“, wann?

Welche Medikamente wurden Ihnen verordnet?

Welche Therapie wurde bisher durchgeführt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diät | <input type="checkbox"/> Medikamente |
| <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung | <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Kuraufenthalt(e) | <input type="checkbox"/> folgende weitere: |

Welche Blutdruckwerte hat Ihr Arzt gemessen (bitte mit Datum und Angabe, ob unter Medikamenteneinnahme)?

 _____ / _____ mm Hg, am _____
 unter Medikamenten? ja nein

 _____ / _____ mm Hg, am _____
 unter Medikamenten? ja nein

Welche Blutdruckwerte wurden von Ihnen gemessen (bitte mit Datum und Angabe, ob unter Medikamenteneinnahme)?

 _____ / _____ mm Hg, am _____
 unter Medikamenten? ja nein

 _____ / _____ mm Hg, am _____
 unter Medikamenten? ja nein

Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

 Ort Datum Unterschrift der zu versichernden Person
 (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
---	--	---

5. Diabetes mellitus/Zuckerkrankheit
Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Besteht ein

 Diabetes mellitus Typ I ja nein
 Diabetes mellitus Typ II ja nein

Seit welchem Lebensjahr besteht die Zuckerkrankheit?

Leiden oder litten die Mutter, der Vater oder die Geschwister an:
 einer Zuckerkrankheit? ja nein
 einem Herzinfarkt? ja nein
 einem Schlaganfall? ja nein

In welchem Bereich liegen die gemessenen Blutdruckwerte?

Systolisch	Diastolisch
<input type="checkbox"/> bis zu 120	<input type="checkbox"/> bis zu 80
<input type="checkbox"/> von 121 bis 130	<input type="checkbox"/> von 81 bis 85
<input type="checkbox"/> von 131 bis 139	<input type="checkbox"/> von 85 bis 89
<input type="checkbox"/> von 140 bis 149	<input type="checkbox"/> von 90 bis 99
<input type="checkbox"/> von 150 bis 159	<input type="checkbox"/> von 100 bis 109
<input type="checkbox"/> von 160 und höher	<input type="checkbox"/> von 110 und höher

Wurde ein Bluthochdruck festgestellt? ja nein
 Falls „ja“, wann?

Wurde der HbA1c Wert ermittelt? ja nein
 Falls „ja“, wie lautet der Wert?

Wurden erhöhte Blutfettwerte festgestellt? ja nein
 Falls „ja“, wie lauten die Werte?

Welche weiteren Untersuchungen hinsichtlich der Zuckerkrankheit wurden durchgeführt und wie lauten die Befunde?

Wurde der Blutzuckerwert ermittelt? ja nein
 Falls „ja“: nüchtern _____ nicht nüchtern _____

Kam es zu Blutzuckerentgleisungen? ja nein
 Falls „ja“, wann?

Bestehen oder bestanden Herzbeschwerden? ja nein
 Falls „ja“, wie machen sie sich bemerkbar?

Wurde eine koronare Herzkrankheit festgestellt? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Hat die Zuckerkrankheit zu Folgeschäden geführt (z. B. zu Augenerkrankung, zu Nierenerkrankung, zu Wundheilungsstörungen, zu Durchblutungsstörungen z.B. an den Füßen, am Herzen oder im Gehirn, zu Menstruationsstörungen, zu Potenzstörungen)? ja nein
 Falls „ja“, zu welchen?

In welchen Abständen sind Sie seitens der Zuckerkrankheit in ärztlicher Behandlung?

Welche Therapie wurde bisher durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Diät	<input type="checkbox"/> ambulante Behandlung
<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung
<input type="checkbox"/> Kuraufenthalte	<input type="checkbox"/> Gewichtsreduzierung
<input type="checkbox"/> Insulin	<input type="checkbox"/> folgende weitere:

Welche Medikamente wurden Ihnen verordnet?

Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)
-----	-------	--

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
--	--	---

6. Frauenleiden
Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Welche Beschwerden haben (hatten) Sie?
 Im Unterleib:
 Schmerzen

 Blutungen

 Ausfluss

 folgende weitere:

 In den Brüsten:
 Entzündung

 Verhärtung

 Zyste(n)

 folgende weitere:

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?

Fand eine Krankenhausbehandlung statt? ja nein
 Falls „ja“, wann und wie lange?

Wurde eine Operation angeraten? ja nein
 Falls „ja“, welche und wann?

Wurde eine Operation durchgeführt? ja nein
 Falls „ja“, welche und wann?

Wurde eine Strahlentherapie durchgeführt? ja nein
 Falls „ja“, wann und in welchen Abständen?

Wurde eine Chemotherapie durchgeführt? ja nein
 Falls „ja“, wann und in welchen Abständen?

Waren Sie seitdem wieder in Behandlung? ja nein
 Falls „ja“, weshalb und wann?

Werden bzw. wurden Kontrolluntersuchungen durchgeführt? ja nein
 Falls „ja“, in welchen Abständen, wann und mit welchen Befunden?

Welche Medikamente werden/wurden Ihnen verordnet?

Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

 Ort

 Datum

 Unterschrift der zu versichernden Person

(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
---	--	---

7. Hämorrhoiden
Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Welcher Grad der Hämorrhoiden wurde festgestellt?

Seit wann bestehen bzw. bestanden die Hämorrhoiden?

Handelt es sich um innere oder äußere Hämorrhoiden?

-
- innere Hämorrhoiden
-
-
- äußere Hämorrhoiden

Wie oft und in welchen Abständen wurden Sie wegen der Hämorrhoiden behandelt?

Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Bestehen noch Hämorrhoidalbeschwerden? ja nein
 Falls „ja“, welche?

Welche Behandlungen waren erforderlich?

-
- Operation
-
-
- Verödung
-
-
- welche sonst?

Ist eine Operation angeraten oder beabsichtigt?
 ja nein

Sind weitere Kontrollen vorgesehen?
 ja nein

Falls „ja“, wann und welche?

Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
---	--	---

8. Harnsäurewerte erhöht/Hyperurikämie

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Seit wann ist die Erkrankung bekannt?

Traten Beschwerden auf? ja nein
 Falls „ja“, welche?

Von wann bis wann?

Trat ein Gichtanfall auf? ja nein
 Falls „ja“, wann erstmals?

Wie oft im Jahr?

Welche Gelenke waren vom Gichtanfall betroffen?

Sind Sie derzeit beschwerdefrei? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Waren Sie seitens der erhöhten Harnsäurewerte in ärztlicher Behandlung? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Welche Behandlungen wurden durchgeführt?

Wurden Medikamente verordnet? ja nein
 Falls „ja“, welche?

Sind die Behandlungen abgeschlossen? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Sind weitere Behandlungen angeraten oder beabsichtigt? ja nein
 Falls „ja“, welche und wann?

Bei welchen Therapeuten bzw. welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
--	--	---

9. Hauterkrankung
Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung?

- allergische Hauterkrankung
 Hautpilzerkrankung
 Psoriasis/Schuppenflechte
 Sklerodermie
 Neurodermitis/Atopisches Ekzem
 Kopfschuppen/Seborrhoisches Ekzem
 sonstiges Ekzem, welches

 wie sonst?

Welche Körperteile waren bzw. sind von der Erkrankung betroffen?

Größe der betroffenen Stellen?

Besteht eine Gelenkbeteiligung oder sind andere Organe oder Organsysteme an der Erkrankung beteiligt? ja nein

Welche Medikamente werden/wurden verordnet?

Leiden oder litten die Mutter, der Vater oder die Geschwister an einer Hauterkrankung? ja nein

Hat eine Krankenhausbehandlung stattgefunden? ja nein
 Falls „ja“, wann und wie lange?

Hat ein Kuraufenthalt stattgefunden? ja nein
 Falls „ja“, wann und wie lange?

Wurde eine Kur oder Klimakur vom Arzt angeraten oder ist eine solche beabsichtigt? ja nein
 Falls „ja“, wann, wo und wie lange?

Wurde eine Balneo-Phototherapie durchgeführt? ja nein
 Falls „ja“, wann und wie lange?

Wurde eine Balneo-Phototherapie angeraten oder ist eine solche beabsichtigt? ja nein

Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

_____ _____ _____
 Ort Datum Unterschrift der zu versichernden Person
 (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
---	--	---

10. Heuschnupfen

Seit wann besteht der Heuschnupfen? _____ Zu welcher Jahreszeit treten Beschwerden auf? _____ Welcher Art sind die Beschwerden (Symptome)? _____ _____ Wurde bereits ein Allergietest oder eine Hyposensibilisierung durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, wann und mit welchem Ergebnis? _____ _____ Sind die den Heuschnupfen auslösenden Ursachen bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, welche? _____ _____ Leiden oder litten die Mutter, der Vater oder die Geschwister an Heuschnupfen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Werden oder wurden Medikamente verordnet/eingenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“ welche? (Bitte auch die genaue Dosierung angeben) _____ War bzw. ist eine weitere Behandlung in Form von Spritzen oder Inhalationen (auch Sprays) notwendig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“ welche? _____ Sind weitere Untersuchungen (z. B. Allergietest) oder Behandlungen (z. B. Hyposensibilisierung) angedacht oder beabsichtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“ welche und wann? _____ Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, seit wann? _____ Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.) _____ _____ _____ _____
---	--

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
---	--	---

11. Krampfadern

Seit wann bestehen die Krampfadern? _____ Wo bestehen die Krampfadern? _____ In welcher Ausdehnung und Dicke bestehen die Krampfadern (z.B. bleistift dick, fingerdick)? _____ Besteht oder bestand ein(e) <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Thrombophlebitis <input type="checkbox"/> Embolie <input type="checkbox"/> Krampfadereizung <input type="checkbox"/> Krampfaderruptur <input type="checkbox"/> Krampfadergeschwür? ggf. wann? _____ Welche Beschwerden bestehen oder bestanden? (z.B. angeschwollene Beine, schwere Beine) _____ _____	Wurde eine Operation durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, wann und welche? _____ _____ Wann fand die letzte Behandlung statt? _____ _____ Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, seit wann? _____ Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.) _____ _____ _____ _____ Leiden oder litten die Mutter, der Vater oder die Geschwister an Krampfadern? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
--	--	---

12. Knie- und Sprunggelenksverletzungen

Ist die Erkrankung zurückzuführen auf

- einen angeborenen Fehler
 einen Unfall
 sonstige Ursache (bitte Ursache angeben)?

Seit wann bestehen Beschwerden bzw. wann ereignete sich der Unfall?

Welche Körperteile sind betroffen?

- linkes Kniegelenk
 rechtes Kniegelenk
 linkes Sprunggelenk
 rechtes Sprunggelenk
 welche weiteren?

Art der Schädigungen?

- Sehnenverletzung
 Bruch
 Knorpelschaden
 Weichteilverletzung
 Muskelverletzung
 Bandverletzung (Dehnung Anriss Abriss)
 Kreuzbandverletzung (Dehnung Anriss Abriss)
 Meniskusverletzung (Quetschung Anriss Abriss)
 Abnutzungserscheinungen
 welche sonst?

Erfolgten die Untersuchungen bzw. Behandlungen

- durch den Hausarzt
 durch einen Heilpraktiker
 durch einen Facharzt, z. B. einen Orthopäden
 im Krankenhaus
 in der Kurklinik oder im Sanatorium
 durch einen Osteopathen?

Namen und Anschriften der Therapeuten bzw. Krankenhäuser?

Wann und wie lange fanden in den letzten 3 Jahren jeweils Behandlungen statt?

Welche Maßnahmen wurden vom Therapeuten angeordnet bzw. vorgenommen?

- Spritzen
 Packungen
 Bäder
 Verbände
 Gips
 eine Operation
 Krankengymnastik
 Wärmebehandlung, z. B. Bestrahlungen
 Medikamente (ggf. welche)?

Ist die Bewegungsfähigkeit wiederhergestellt?

- nein
 ja, teilweise
 ja, vollständig

Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
--	--	---

13. Knochenbruch

Um welche Knochen handelte es sich? _____ _____ Wann ereignete sich der Knochenbruch? _____ Wurde der Knochenbruch mit Material (Nagel, Draht, Platte etc.) versorgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“: Wann wurde das Material eingesetzt? _____ Wurde das Material bereits entfernt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, wann? _____ Ist eine Materialentfernung vorgesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, wann? _____ Bestehen derzeit noch Beschwerden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, welche? _____	Wurden physikalische Maßnahmen (z. B. Krankengymnastik) durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, welche? Von wann bis wann? _____ _____ Sind die physikalischen Maßnahmen abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, seit wann? _____ Ist die Bewegungsfähigkeit wieder hergestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, teilweise <input type="checkbox"/> ja, vollständig Werden noch Kontrolluntersuchungen durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, wann wurde die letzte Kontrolluntersuchung durchgeführt und wie lautete der Befund? _____ Sind weitere Kontrolluntersuchungen vorgesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, wann? _____ Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.) _____ _____ _____
--	--

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)
-----	-------	--

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
--	--	---

14. Kopfschmerz und Migräne
Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Wurden Untersuchungen hinsichtlich der Kopfschmerzen durchgeführt? ja nein
 Falls „ja“, wann, welche und wie lauten die Befunde?

Wurde ein Computertomogramm (CT) erstellt? ja nein
 Falls „ja“, mit welchem Ergebnis?

Sind die Kopfschmerzen Folge einer Erkrankung bzw. eines Ereignisses (z. B. HWS Schleudertrauma, Operation am Kopf)? ja nein
 Falls „ja“, in Folge welcher Erkrankung bzw. welchem Ereignis?

Wann traten die Kopfschmerzen erstmals auf?

In welchen zeitlichen Abständen treten die Kopfschmerzen auf?

Wie lange dauerten die Kopfschmerz-Attacken jeweils an?

Hatten Sie beschwerdefreie Zeiten? ja nein
 Falls „ja“, wann und wie lange dauerten diese an?

Wo traten die Kopfschmerzen auf?
 halbseitig beidseitig/ganzer Kopf
 hinter dem Auge an der Nasenwurzel

Wie nehmen Sie die Kopfschmerzen wahr?
 pochend hämmernd pulsierend
 dumpf drückend bohrend
 leicht bis mittel mittel bis schwer schwer

Die Kopfschmerzen wurden begleitet von:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Nasenlaufen | <input type="checkbox"/> Augentränen | <input type="checkbox"/> Pupillenverengung |
| <input type="checkbox"/> Herabhängendes Oberlid | <input type="checkbox"/> ggf. was sonst? | |

Wie wurden die Kopfschmerzen behandelt?

Welche Medikamente wurden Ihnen verordnet?

Wurden nicht verschreibungspflichtige Schmerzmittel (hierzu zählen z. B. auch Aspirin, Paracetamol, Voltaren) eingenommen? ja nein
 Falls „ja“, welche?

 Von wann bis wann?

 In welcher Dosis?

Sind weitere Untersuchungen vorgesehen, angeden oder beabsichtigt? ja nein
 Falls „ja“, welche und wann?

Sind weitere Behandlungen vorgesehen, angeden oder beabsichtigt? ja nein
 Falls „ja“, welche und wann?

Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)



Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____
Straße, Hausnummer _____		Verm: Pers. Nr. _____
PLZ _____	Wohnort _____	
zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____	BD/Agt.: _____

15. Kropf- und Schilddrüsenerkrankung

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet (Bitte ggf. auch das Stadium der Erkrankung angeben)?

Seit wann besteht die Erkrankung?

Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?

Welche Beschwerden haben Sie (z. B. Atemnot, Heiserkeit, Pulsbeschleunigung oder Herzklopfen)?

Wurden Symptome der Basedow'schen Erkrankung festgestellt? ja nein

Liegen die Schilddrüsenwerte im Normalbereich (Laborwerte)? ja nein

Leiden Sie an einer
 Schilddrüsenüberfunktion Schilddrüsenunterfunktion?

Ist die Kropfgeschwulst in den letzten Jahren gewachsen? ja nein

Ist das Wachstum der Kropfgeschwulst zum Stillstand gekommen? ja nein

Bestehen
 Schilddrüsenknoten Schilddrüsenzysten?

War eine Krankenhausbehandlung erforderlich? ja nein
Falls „ja“, wann?

Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

16. Medikamenteneinnahme

Welche Arzneimittel/Medikamente bzw. Betäubungsmittel/Drogen wurden bzw. werden verabreicht (bitte genaue Angabe und in welcher Dosierung)?

Wegen welcher Gesundheitsstörungen, Beschwerden oder aus welchen sonstigen Gründen wurden bzw. werden Arzneimittel/Medikamente eingenommen?

Von wann bis wann wurden bzw. werden die Arzneimittel/Medikamente bzw. Betäubungsmittel/Drogen eingenommen?

Name und Anschrift der Therapeuten bzw. Krankenhäuser, die Arzneimittel/Medikamente bzw. Betäubungsmittel/Drogen verschrieben oder verabreicht haben?

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort Datum Unterschrift der zu versichernden Person
(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
---	--	---

17. Prostata- und Harnwegserkrankungen
Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?

Welche Medikamente werden bzw. wurden eingenommen?

War eine Krankenhausbehandlung erforderlich? ja nein
 Falls „ja“, wann und wie lange?

Ist eine Operation angedenkt oder beabsichtigt? ja nein

Wurde eine Operation durchgeführt? ja nein
 Falls „ja“, Art und Zeitpunkt der Operation?

Welche Beschwerden bestehen bzw. bestanden?

Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

18. Sterilität / Infertilität
Besteht die Sterilität / Infertilität aufgrund abgeschlossener Familienplanung? ja nein

Besteht die Sterilität / Infertilität aufgrund einer Erkrankung? ja nein
 Falls „ja“: Welche Erkrankung liegt vor?

Werden seitens dieser Erkrankung noch Kontrolluntersuchungen durchgeführt? ja nein

Befanden Sie sich seitens dieser Erkrankung in ärztlicher Behandlung? ja nein
 Falls „ja“: Von wann bis wann?

Sind noch weitere Untersuchungen oder Behandlungen angedenkt oder beabsichtigt? ja nein
 Falls „ja“, Welche und wann?

Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
--	--	---

19. Refluxkrankheit
Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Trat die Refluxkrankheit bereits mehrmals auf? ja nein
 Falls „ja“, mit welchen Abständen?

Zu welchen Beschwerden (Symptomen) führte die Refluxkrankheit?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen hinter dem Brustbein | <input type="checkbox"/> saures Aufstoßen |
| <input type="checkbox"/> Speiseröhrentzündung | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Speiseröhrenverengung | <input type="checkbox"/> starker Hustenreiz |
| <input type="checkbox"/> Barrett-Syndrom | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Bluterbrechen | |
| <input type="checkbox"/> folgende andere: | |

Besteht seitens der Refluxkrankheit Beschwerdefreiheit?

 Falls „ja“, seit wann? ja nein

Ist die Ursache der Refluxkrankheit bekannt? ja nein
 Falls „ja“, welche Ursache?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kaffee | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> fettthaltige Nahrungsmittel |
| <input type="checkbox"/> scharfe Gewürze | |
| <input type="checkbox"/> folgende andere: | |

Welche Untersuchungen hinsichtlich der Refluxkrankheit wurden durchgeführt und wie lauten die Befunde?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Spiegelung der Speiseröhre und des Magens |
| <input type="checkbox"/> 24-Stunden-pH-Metrie |
| <input type="checkbox"/> Gewebeentnahme |
| <input type="checkbox"/> folgende andere: |

Zu welchen Befunden führten diese Untersuchungen?

(Bitte legen Sie Kopien der Befundberichte incl. Histologie bei)

Welche Therapie wurde bisher durchgeführt?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Diät |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung |
| <input type="checkbox"/> Alkoholreduktion |
| <input type="checkbox"/> Nikotinverzicht |
| <input type="checkbox"/> Operation – ggf. wann? |

 Medikamente, welche?

Ist die Therapie abgeschlossen?
 ja nein

Falls „ja“, seit wann?

Sind weitere Untersuchungen oder Behandlungen angeraten, beabsichtigt oder vorgesehen?
 ja nein

Falls „ja“, welche, wann?

Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
--	--	---

20. Tinnitus und Hörsturz
Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Ist die Ursache der Erkrankung bekannt? ja nein

Falls „ja“, welche Ursache hat die Erkrankung?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Virusinfekte | <input type="checkbox"/> Verletzung bzw. Einblutung |
| <input type="checkbox"/> Hohe Lärmbelastung | <input type="checkbox"/> Blutdruck zu hoch |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Blutdruck zu niedrig |
| <input type="checkbox"/> Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule | |
| <input type="checkbox"/> Gefäßveränderungen (z. B. Arteriosklerose, Diabetes) | |
| <input type="checkbox"/> welche anderen? | |
- _____
-
- _____

Welche Beschwerden traten auf?

Wann traten die Beschwerden erstmals auf?

Trat die Erkrankung schon öfters auf? ja nein
 Falls „ja“, wann und in welchen zeitlichen Abständen?

Ist die Hörfähigkeit eingeschränkt? ja nein

Falls „ja“, auf welcher Seite?

-
- nur rechts
-
- nur links
-
- beiderseits

Wurden Untersuchungen durchgeführt? ja nein

 Falls „ja“, wann, welche und wie lauten die Befunde?

Sind weitere Untersuchungen vorgesehen, angeraten oder beabsichtigt? ja nein
 Falls „ja“, wann und welche?

Welche Behandlungen wurden durchgeführt?

 Medikamente ja nein

 Falls „ja“, welche und wann?

 Infusionstherapie ja nein

 Falls „ja“, wann und mit welchem Ergebnis?

 Sauerstoffüberdruckbehandlung (HBO) ja nein

 Falls „ja“, wann und mit welchem Ergebnis?

 Sonstige Behandlungen ja nein

 Falls „ja“, wann, welche und mit welchem Ergebnis?

Sind weitere Behandlungen vorgesehen, angeraten oder beabsichtigt? ja nein

 Falls „ja“, welche und wann?

Ist die Therapie abgeschlossen? ja nein

 Falls „ja“, seit wann?

Sind Sie beschwerdefrei? ja nein

 Falls „ja“, seit wann?

Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)
-----	-------	--

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
--	--	---

21. Unfall

Wann ereignete sich der Unfall? _____ Welche Körperteile oder Organe waren vom Unfall betroffen? _____ Welche Verletzungen und sonstige Unfallfolgen haben Sie bei dem Unfall erlitten? _____ Welche Untersuchungen wurden durchgeführt und wie lauten die Befunde? _____ _____ _____ Welche Behandlungen wurden durchgeführt? _____ _____ _____	Ist die Therapie abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, seit wann? _____ Sind Sie beschwerdefrei? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, seit wann? _____ Sind weitere Untersuchungen oder Behandlungen angeraten, beabsichtigt oder vorgesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, welche und wann? _____ Bei welchen Therapeuten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.) _____ _____ _____
--	---

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)
-----	-------	--

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ Wohnort _____ _____ zu versichernde Person: Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
--	--	---

22. Wirbelsäulen- und Rückenbeschwerden
Seit wann bestehen bzw. bestanden die Beschwerden?

Über welche Zeiträume bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden?

In welchem Bereich treten die Beschwerden auf?

- des Halses
 der Brust
 der Lenden
 mit Ausstrahlung in die Schulter die Arme
 die Brust das Gesäß
 die Beine?

Liegt den Beschwerden eine der folgenden Ursachen zugrunde?

- eine Wirbelsäulenverletzung,
 z. B. infolge zu schweren Hebens, einer schnellen Drehung
 oder eines Sturzes
 eine Überbeanspruchung,
 z. B. durch zu langes Sitzen, Stehen oder durch Sport
 eine Erkrankung der Wirbelgelenke
 Muskelverspannungen
 eine Abnutzung
 ein Bandscheibenvorfall
 Wirbelgleiten
 eine Rückgratverkrümmung
 eine sonstige Bandscheibenerkrankung (bitte angeben)?

 welche anderen?

Wann und wie lange wurden Sie behandelt?

Erfolgten die Untersuchungen bzw. Behandlungen

- im Krankenhaus
 in einer Kurklinik oder im Sanatorium
 durch den Hausarzt
 durch einen Heilpraktiker
 durch einen Facharzt, z. B. einen Orthopäden
 durch ein Osteopathen?

Namen und Anschriften der Therapeuten bzw. Krankenhäuser:

Welche Maßnahmen wurden vom Therapeuten angeordnet bzw. vorgenommen?

- Spritzen eine Operation
 Packungen Massagen
 Bäder ein Stützapparat
 Gymnastik Wärmebehandlung, z. B. Bestrahlungen
 Medikamente (welche und genaue Dosierung)?

 welche anderen?

Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit? ja nein
 Falls „ja“, seit wann?

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ _____ Wohnort _____	Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____ Verm: Pers. Nr. _____ BD/Agt.: _____
zu versichernde Person: Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____		

23. Fehlende bzw. ersetzte Zähne

Die Darstellung zeigt die Sicht des Antragstellers/Patienten – nicht die Sicht des Arztes.

Die fehlenden Zähne (außer Weisheitszähne), die nicht ersetzt sind, sind im Zahnschema mit „f“ zu kennzeichnen. Die ersetzten Zähne (Brücken, Implantate, Kronen und herausnehmbare Prothesen) sind im Zahnschema mit „e“ zu kennzeichnen.



Anzahl der ersetzten Zähne 5 Jahre und älter _____

Anzahl der ersetzten Zähne jünger als 5 Jahre _____

Anzahl der fehlenden Zähne (außer Weisheitszähne), die nicht ersetzt sind _____

Wann suchten Sie zuletzt einen Zahnarzt oder Kieferorthopäden auf?

Wo fand die Untersuchung oder Behandlung statt?
 Bei folgendem Zahnarzt (bitte Name und Anschrift angeben)

Bei folgendem Kieferorthopäden (bitte Name und Anschrift angeben)

Grund des letzten Zahnarztbesuches war/waren:
 eine Vorsorgeuntersuchung
 Beschwerden
 Zahnschäden oder Zahnfehlstellungen

Wurde Ihnen zu weiteren Untersuchungen oder Behandlungen geraten, die noch nicht durchgeführt wurden? ja nein

Falls „ja“, wegen
 regelmäßiger Vorsorge
 Zahnschäden oder Zahnfehlstellungen*)
 Ersatz fehlender Zähne*)
 bestehender Beschwerden*)
 *) Bitte legen Sie eine Kopie des Heil- und Kostenplanes bei.

Beabsichtigen Sie in nächster Zeit einen Zahnarzt oder Kieferorthopäden aufzusuchen? ja nein

Falls „ja“, wegen
 regelmäßiger Vorsorge
 Zahnschäden oder Zahnfehlstellungen*)
 Ersatz fehlender Zähne*)
 bestehender Beschwerden*)
 *) Bitte legen Sie eine Kopie des Heil- und Kostenplanes bei.

Für den Zahnersatz bei mehr als 5 ersetzten Zähnen wird ab dem 6. Zahn ein Risikozuschlag von monatlich 5 EUR (zu den Tarifen 762 und 768 von monatlich 2,50 EUR) je ersetzten Zahn entrichtet. Ist der Zahnersatz bei mehr als 5 ersetzten Zähnen jünger als 5 Jahre, ist der Risikozuschlag in Höhe von monatlich 5 EUR (zu den Tarifen 762 und 768 von monatlich 2,50 EUR) je ersetzten Zahn ab dem 6. Zahn erst ab Beginn des 5. Versicherungsjahres zu entrichten. Es gilt ein Leistungsausschluss für die prothetische Versorgung des (der) im obigen Zahnschema als fehlend gekennzeichneten Zahnes (Zähne) als beantragt.

 Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

 Ort Datum Unterschrift der zu versichernden Person
 (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Krankenversicherung vom _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____		Geburtsdatum _____	Antrag Nr. _____
Straße, Hausnummer _____			Verm: Pers. Nr. _____
PLZ _____	Wohnort _____		BD/Agt.: _____
zu versichernde Person: Name, Vorname _____		Geburtsdatum _____	

24. Zur Antragsfrage nach angeratenen oder beabsichtigten Behandlungen oder Untersuchungen bei Ärzten, Heilpraktikern, Zahnärzten oder Kieferorthopäden werden folgende Angaben gemacht:

Handelt es sich um eine Behandlung oder Untersuchung?

Behandlung Untersuchung

Welche Beschwerden bestehen oder bestanden?

Wann finden bzw. fanden Behandlungen oder Untersuchungen statt?

Es wird bzw. wurde aufgesucht?

Arzt Zahnarzt
 Heilpraktiker Kieferorthopäde

Name und genaue Anschrift der Therapeuten, die aufgesucht werden bzw. wurden?

Sind die Behandlungen oder Untersuchungen inzwischen abgeschlossen?

ja nein

Besteht Beschwerdefreiheit?

ja, seit _____ nein

Kommen zahnärztliche Maßnahmen in Frage?
 Falls „ja“:

Zahnbehandlung (z. B. Füllungen, Extraktionen)

ja nein

Zahnersatz (z. B. Kronen, Brücken)

ja nein

Parodontosebehandlung

ja nein

Kieferorthopädie

ja nein

Voraussichtliche Kosten?

EUR

 (Ggf. Kopie eines vorliegenden Heil- und Kostenplanes einreichen)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Bitte vermerken Sie im Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen auch direkt an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. senden.

_____ _____ _____
 Ort Datum Unterschrift der zu versichernden Person
 (Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

