

Für die bestmögliche Angebotserstellung, schicken Sie uns bitte Ihr Gesundheitscheck ausgefüllt  
an [info@ackermann.vkb.de](mailto:info@ackermann.vkb.de).



# Ihr Gesundheitscheck

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, HausNr.	PLZ, Ort
Telefonnummer	Email

Zur derzeit ausgeübten Tätigkeit (genaue Tätigkeitsangabe und Branche/ Berufsabschluss/ akademischer Grad, sofern aktuell Student: Angaben des Studienfachs, Ende des Studiums )

## Vorversicherungen, bestehende bzw. beantragte Versicherungen

Ausbildungsende/Ende Heilfürsorge:

(TT.MM.JJJJ)

Wo bestand in den letzten fünf Jahren Ihre Krankenversicherung (PKV / GKV / Heilfürsorge)?

Versicherungsunternehmen		
Von/bis	(TT.MM.JJJJ)	(TT.MM.JJJJ)

Bestanden weitere Vorversicherungen in den letzten 5 Jahren?

Wo bestand in den letzten fünf Jahren die Vorversicherung der Pflegepflichtversicherung?

Besteht beim derzeitigen Krankenversicherer mehr als ein Monatsbeitrag Zahlungsrückstand? (Ja/Nein)

Besteht bei einer anderen Privaten Krankenversicherung (PKV) eine stationäre Zusatzversicherung? (Ja/Nein)

Besteht bei einer anderen privaten Krankenversicherung (PKV) eine Krankenhaustagegeldversicherung?  
(Ja/Nein)



**beamtenversicherung-vkb.de**

telefonisch, online und persönlich für Sie da



Besteht bei einer anderen privaten Krankenversicherung (PKV) eine Kurtagegeldversicherung? (Ja/Nein)

Wo besteht die Pflegepflichtversicherung?

Art der Versicherung (privat, gesetzlich)	
Name des Versicherungsunternehmens	

Besteht bei einer anderen privaten Krankenergänzungsversicherung (inkl. Geförderte Ergänzende Pflegeversicherung)? (Ja/Nein)

Besteht bei einer Lebensversicherung eine Pflegerentenversicherung? (Ja/Nein)

Wurde in den letzten fünf Jahren ein Antrag / Vertrag von einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen abgelehnt oder beendet? (Ja/Nein)

Bestehen Nichtversicherungszeiten ab 01.01.2009? (Ja/Nein)

Erstwohnsitz in Deutschland seit:

(TT.MM.JJJJ)

### Pflegepflichtversicherung

Wird für die zu versichernde Person "Beitragsbegrenzung für Ehegatten / Lebenspartner" beantragt? (Ja/Nein)

### Angaben zum Gesundheitszustand

Körpergröße in cm / Körpergewicht in kg:

Bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten oder dauerhafte Gesundheitsstörungen? (Ja/Nein)



Bestehen Gebrechen, Organfehler, Anomalien, Prothesen (z. B. Bein- oder Knieprothese, künstliche Gelenke), Körperimplantate (z. B. Brustimplantate, Herzschrittmacher), Behinderungen oder Wehrdienstbeschädigungen, Sterilität bzw. Infertilität (Unfruchtbarkeit)? Bei Wehrdienstbeschädigung,

**beamtenversicherung-vkb.de**

telefonisch, online und persönlich für Sie da

Berufskrankheit, Berufsunfähigkeit, Dienstunfall oder Schwerbehinderung bitte Kopie des Versorgungsscheides (nicht des Schwerbehindertenausweises) beifügen. (Ja/Nein)



Besteht zurzeit Arbeitsunfähigkeit? (Ja/Nein)

Werden Sehhilfen getragen (Brillen oder Kontaktlinsen)? (Ja/Nein)

Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? (Ja/Nein)

Sind ambulante oder stationäre Behandlungen, Untersuchungen (auch Kontroll- und Schwangerschaftsuntersuchungen, ausgenommen gesetzlich eingeführte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten) oder Operationen vorgesehen oder angeraten? (Ja/Nein)

Erfolgt in den letzten drei Jahren ambulante Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen wegen Krebs), Beratungen, Behandlungen oder Operationen oder bestanden darüber hinaus in den letzten drei Jahren Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Krankheits- oder Unfallfolgen (auch wenn sie nicht behandelt wurden)? (Ja/Nein)

Die Frage kann verneint werden bei ausschließlichem Vorkommen von:

Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung ohne Befund, Behandlungen wegen Erkältungskrankheiten, akuter Magen-Darm-Infektionen, Geburt und Entbindung jeweils ohne Komplikationen und Folgen. (Ja/Nein)

Wurden in den letzten drei Jahren oder werden zurzeit Medikamente, Beruhigungsmittel oder Drogen genommen? (Ja/Nein)

Erfolgt in den letzten fünf Jahren stationäre Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen wegen Krebs), Beratungen, Behandlungen oder Operationen?

206 Wurden in den letzten zehn Jahren oder werden zurzeit ambulante oder stationäre psychiatrische, psychologische oder psychotherapeutische Behandlungen oder Suchtbehandlungen durchgeführt oder sind solche angeraten worden oder beabsichtigt? (Ja/Nein)

Finden zurzeit zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatzmaßnahmen oder kieferorthopädische Behandlungen statt oder sind derartige Behandlungen notwendig, vorgesehen oder angeraten? (Ja/Nein)

Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind? Zähne, die noch nicht dauerhaft / nur provisorisch ersetzt sind, zählen als fehlende Zähne. Weisheitszähne oder Zähne, bei denen die Lücke durch benachbarte Zähne komplett geschlossen wurde, zählen nicht als fehlende Zähne.

Anzahl	<input type="text"/>
--------	----------------------

Besteht Zahnersatz (ersetzte und/oder überkronte Zähne, inkl. herausnehmbarer Zahnersatz), der älter als sechs Jahre ist? Jeder ersetzte und/oder überkronte Zahn (inklusive Kronen in Verbindung mit einer Brücke oder Implantat) ist einzeln zu zählen. (Ja/Nein)



Besteht bereits aufgrund einer Krankheit oder Behinderung Pflegebedürftigkeit (auch wenn noch nicht ärztlich festgestellt) oder wurden jemals Anträge auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt oder ist geplant oder angeraten, einen Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung zustellen? (Ja/Nein)



Besteht zurzeit oder bestand in den letzten fünf Jahren eine der folgenden Krankheiten?

Hinweis: Es sind jeweils nur die Diagnosen hinter dem Doppelpunkt der einzelnen Bereiche relevant.

Einige der hier genannten Erkrankungen sind bei den Informationen 1) näher erläutert.

- Erkrankungen des Zentralnervensystems: Demenz, Alzheimer, sonstige Hirnleistungsstörung, Hirntumor, Wachkoma, Parkinson-Krankheit, Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Epilepsie, infantile Zerebralparese, Amyotrophe Lateralsklerose, Muskeldystrophien, Multiple Sklerose, Querschnittslähmung, Hemiparese / Hemiplegie, Kinderlähmung (inkl. Folgen)
  - Erkrankungen des Blutes: Knochenmarkserkrankungen
  - Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems: Arteriosklerose, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Gehirnblutung, Thrombosen (häufiger als dreimal in den letzten fünf Jahren)
  - Erkrankungen innerer Organe, Stoffwechsel: chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Staublunge, Lungenemphysem, Mukoviszidose, Leberzirrhose, Chronische Nierenerkrankung, Diabetes mellitus ("Zucker")
  - Erkrankungen des Immunsystems: HIV-Infektion, AIDS
  - Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems: Muskelschwund, Osteoporose, Morbus Bechterew, rheumatoide / chronische Arthritis, rheumatische Erkrankungen, Arthrose an zwei oder mehr Gelenken
  - Krebs: Bösartige Neubildungen
  - Sonstige Erkrankungen: psychische und psychiatrische Erkrankungen, Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen), Down-Syndrom
- (Ja/Nein)

Besteht zurzeit eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung mindestens 50 %\*) oder läuft derzeit ein Verfahren auf Feststellung einer Schwerbehinderung bzw. ist dies geplant oder angeraten? (Ja/Nein)

\*) Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Versorgungsbescheides beifügen.



**beamtenversicherung-vkb.de**

*telefonisch, online und persönlich für Sie da*