

Gesundheitsfragen				
Sind Sie in den letzten 5 Jahren aufgrund von Unfallereignissen oder Stürzen mind. <b>zweimal</b> entweder stationär behandelt oder ambulant operiert worden? Wenn ja, bitte nähere Angaben zu Diagnose und Therapie (bitte ggf. gesondertes Blatt verwenden)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an einer der folgenden Krankheiten?				
<b>Herz- / Kreislaferkrankungen</b> (Herzinfarkt, Ersatz einer Herzklappe, Bewusstlosigkeit, Vorhofflimmern, Herzrhythmusstörungen, Thrombosen, Gerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Erkrankungen des Gehirn- / Nervensystems</b> (Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Polyneuropathie/Nervenschädigung, Epilepsie, Alzheimer, Demenz, Schlaganfall/Hirnblutung, Bewusstseinsstörung, Durchblutungsstörung des Gehirns, Schwindel mit Sturz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Erkrankungen des Skelett- / Bewegungsapparates</b> (Osteoporose, Knochenbrüche/ Unfälle, Arthrose, Gelenkersatz, Gelenkrheuma, Wirbelsäule, Morbus Bechterew, Kreuzbandersatz, Meniskusschaden; Gehhilfen erforderlich – Rollator, Stock, Stützen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Systemischen Erkrankungen</b> (Diabetes, Fibromyalgie, Lupus, Krebs, Rheuma, Dialyse, Myasthenia gravis, Organtransplantation, Schlafapnoe/ nächtl. Atemaussetzer, chron. Schmerzsyndrom, HIV-Infektion)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Erkrankungen der Psyche</b> (Psychose, Neurose, Depression, Angstzuständen, Selbsttötungsversuch, Alkohol – Drogen oder sonstiger Suchtmittelerkrankung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Erkrankungen der Augen</b> (Fehlsichtigkeit, Blindheit, grauer Star) Bei Fehlsichtigkeit bitte aktuelle erforderliche Dioptrienzahl ang.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren eine oder mehrere der folgenden <b>Medikamente</b> ein: - Marcumar/ blutverdünnende Medikamente - Cortison/Cortisonhaltige Medikamente - Psychopharmaka/Antidepressiva Wenn ja, wann, wie lange, welche Dosis und Grund für die Einnahme bitte angeben	L      / R	L      / R	L      / R	L      / R
Besteht eine <b>Schwerbehinderung</b> (GdB) oder haben Sie einen Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung gestellt? Wenn ja, bitte vollständigen Bescheid des Versorgungsamtes beilegen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Größe und aktuelles Gewicht:	cm kg	cm kg	cm kg	cm kg

Vorschäden				
Wenn ja, welcher Art und Höhe (EUR)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wurden bereits Unfall-Versicherungsverträge gekündigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> vom Antragsteller			
	<input type="checkbox"/> vom Versicherer			