

Ihr Gesundheitsstatus ist eines der maßgeblichen Kriterien für die Wahl des Tarifs und den Beitrag, deshalb benötige ich hierzu noch einige Angaben:

1. Nennen Sie mir bitte Ihre Körpergröße und Gewicht
2. Haben Sie momentan oder hatten Sie innerhalb der letzten 3 Jahre irgendwelche erwähnenswerten Krankheiten wie z.B.
 - Allergien/Heuschnupfen Rückenbeschwerden
 - Bluthochdruck Schilddrüse Magenbeschwerden
 Immer abfragen: **Wann, wieso, wie lange, weshalb und warum** und **welche Medikamenten, welche Dosierung etc.** - je genauer die Angaben sind, desto exakter kann der RZ bestimmt werden!
3. Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus?
4. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in einer psychotherapeutischen Behandlung?
5. Benötigen Sie eine Sehhilfe?
Wenn ja, mit wieviel Dioptrien?
6. Besteht eine Sterilität oder Infertilität?
7. Besteht eine anerkannte Behinderung?
Wenn ja, welcher Grad der Behinderung liegt vor?
8. Haben Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel, Drogen oder Alkohol eingenommen?
9. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt?
10. Besteht eine Schwangerschaft?
11. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation noch ausstehend, angeraten oder geplant?
12. Haben Sie Zahnlücken (ohne Weisheitszähne)?
13. Besteht eine Zahnbetterkrankung oder eine Zahnfehlstellung?
- 14a. Wie viele Zähne wurden ersetzt oder überkront?
- 14b. Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung?

1. Person

_____ cm _____ kg

nein ja

nein ja, wegen _____

nein ja

li. _____ re. _____

nein ja

nein ja

_____ %

nein ja

nein ja

nein ja, Woche _____

nein ja

nein ja, Anzahl _____

nein ja

_____ ers. _____ überkr.

_____ | _____ | _____ | _____ | Monat/Jahr

2. Person

_____ cm _____ kg

nein ja

nein ja, wegen _____

nein ja

li. _____ re. _____

nein ja

nein ja

_____ %

nein ja

nein ja

nein ja, Woche _____

nein ja

nein ja, Anzahl _____

nein ja

_____ ers. _____ überkr.

_____ | _____ | _____ | _____ | Monat/Jahr

3. Person

_____ cm _____ kg

nein ja

nein ja, wegen _____

nein ja

li. _____ re. _____

nein ja

nein ja

_____ %

nein ja

nein ja

nein ja, Woche _____

nein ja

nein ja, Anzahl _____

nein ja

_____ ers. _____ überkr.

_____ | _____ | _____ | _____ | Monat/Jahr

Leistungswünsche

1. Möchten Sie 1-, 2-, oder Mehrbettzimmer im Krankenhaus absichern?
 - 1 Bett 2 Bett Mehrbett
2. Sind Ihnen alternative Heilmethoden (also Heilpraktiker, Naturmedizin) wichtig?
 - ja mittelmäßig nein
3. Wie hoch darf die jährliche Selbstbeteiligung maximal sein?
 - _____ EUR
4. Soll die Erstattung für Zahnersatz im niedrigen, mittleren oder hohen Bereich liegen?
 - niedrig mittel hoch
5. Krankentagegeld zur sozialen Absicherung, ab wann und in welcher Höhe?
 - _____ Tag _____ EUR
6. Wo liegt Ihr Primärinteresse - Leistung zu verbessern oder Beiträge zu sparen?
 - Leistung verbessern Beiträge sparen
7. Wie Sie wissen, vergleichen wir den **gesamten** Markt. Gibt es, aus welchen Gründen auch immer, Gesellschaften, die wir von vorneherein nicht mit in den Vergleich aufnehmen sollen? Oder liegen Ihnen bereits Angebote vor?
 - _____
8. Wieviel darf Ihr optimaler Schutz maximal kosten?
 - _____ EUR

Beitragsbefreiung im Alter

Herr / Frau Kunde, die meisten unserer Kunden sprechen uns immer wieder auf die Möglichkeit der Beitragsfreistellung ihrer Krankenversicherung im Alter an. **Wie wichtig ist es Ihnen, im Alter keine Beiträge mehr für Ihre Krankenversicherung mehr bezahlen zu müssen? Die Leistung bleibt hierbei selbstverständlich unverändert!**

- Sehr wichtig Weniger wichtig Unwichtig Unentschlossen

Gespächtsnotizen / Erläuterungen zu den Gesundheitsfragen / Explizite Kundenwünsche
