

# Gesundheitserklärung

## Personalien

Familienname:	Strasse:
Vorname:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	

Zutreffendes bitte ankreuzen	nein	ja	Nähere Angaben
1. a) Bestehen gegenwärtig gesundheitliche Störungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
b) Findet gegenwärtig eine ärztliche/naturärztliche/therapeutische Behandlung statt oder steht eine solche an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grund, Dauer, Arzt?
c) Bestand während der letzten 5 Jahre länger als 4 Wochen Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weshalb, Dauer: von bis, Arzt?

<b>2. Bestehen oder bestanden jemals Krankheiten, Störungen oder Beschwerden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? Wann? Wie lange? Geheilt?	Beh. Arzt / Adresse?
a) der <b>Atmungsorgane</b> , wie Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) des <b>Herzens</b> , wie erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) der <b>Blutgefäße</b> , wie Krampfadern, Venenentzündung, Beingeschwüre, Arterienverengung oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) der <b>Psyche</b> , wie Depressionen, Neurosen, vegetative Störungen, Ess- und Schlafstörungen oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e) des <b>Nervensystems</b> , wie Epilepsie, Lähmungen, Migräne, Schlaganfall oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f) der <b>Verdauungsorgane</b> , wie Magen- oder Darmgeschwüre, Blutungen, Hämorrhoiden, Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Bauchspeicheldrüse oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g) der <b>Harn- oder Geschlechtsorgane</b> , wie Steinleiden, Inkontinenz, Prostata oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h) des <b>Stoffwechsels oder des Blutes</b> , wie Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Drüsen- oder Hormonstörungen oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i) der <b>Haut</b> , wie Ekzem, Allergien, Psoriasis, Hautkrebs oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
k) des <b>Bewegungsapparates</b> (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder, Sehnen), wie Rücken-, Nacken- und Schulterbeschwerden, Arthrose, Rheuma, Ischias oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
l) Andere <b>Krankheiten, Störungen oder Beschwerden</b> , nach denen oben nicht gefragt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Zutreffendes bitte ankreuzen	nein	ja	
3. Sind Sie in Spitälern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht, behandelt oder operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grund? Welche? Wann?
4. Wurden Ihnen Kuren verschrieben oder sind solche vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grund? Welche? Wann?
5. Ist eine Operation oder Abklärung geplant bzw. empfohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? Beh. Arzt/Adresse?
6. Bestehen Krankheits- oder Unfallfolgen, Missbildungen, Geburtsgebrechen usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
7. a) Sind Sie gegenwärtig in zahnärztlicher Behandlung oder steht eine solche bevor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Haben Sie Kenntnis, dass eine Zahn- oder Kieferfehlstellung besteht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Wurden Sie vom Zahnarzt über die Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Abklärung bzw. Behandlung orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Wurde ein HIV-Test durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann zuletzt? Resultat: pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>
9. Bestehen Abhängigkeiten von Alkohol, Medikamenten, Drogen oder anderen Suchtmitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
10. Ist eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung erfolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopie der IV-Verfügung beilegen!
11. Beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, von welcher Versicherung? <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> SUVA <input type="checkbox"/> andere:
12. Körpergrösse/Gewicht			Grösse _____ cm      Gewicht _____ kg
13. Bei Taggeldabschlüssen: Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber?			Wie lange volles Gehalt? Red. Gehalt?
14. Name und Adresse des Hausarztes?			
15. Wurde ein Antrag von einem anderen Versicherer abgelehnt oder bestand ein Versicherungsvorbehalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weshalb?
<b>16. Für weibliche Personen</b>			
a) Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geburtsstermin?
b) Besteht ungewollte Kinderlosigkeit (Sterilität)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beh. Arzt / Adresse?
c) Litten Sie an einer gynäkologischen Erkrankung oder an einem Brustleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genauere Bezeichnung? Wann?

### Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit, die Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Ich bestätige, die allgemeinen Versicherungsbedingungen und Reglemente der FKB erhalten zu haben, und anerkenne dies in vollem Umfange. Ich ermächtige die von der FKB angefragten Ärzte/Ärztinnen, Spitäler, medizinische Institutionen und Versicherungseinrichtungen, die zur Antrags- und Leistungsprüfung benötigten Auskünfte zu erteilen.

Ort und Datum

Antragsteller/Antragstellerin bzw. der/die gesetzliche Vertreter/Vertreterin