

**Als privat Krankenversicherter können Sie immer, generell u. ohne Einschränkungen alle medizin. Leistungen erhalten.**

**Nur - beim Arzt sind Sie "Selbstzahler" !**

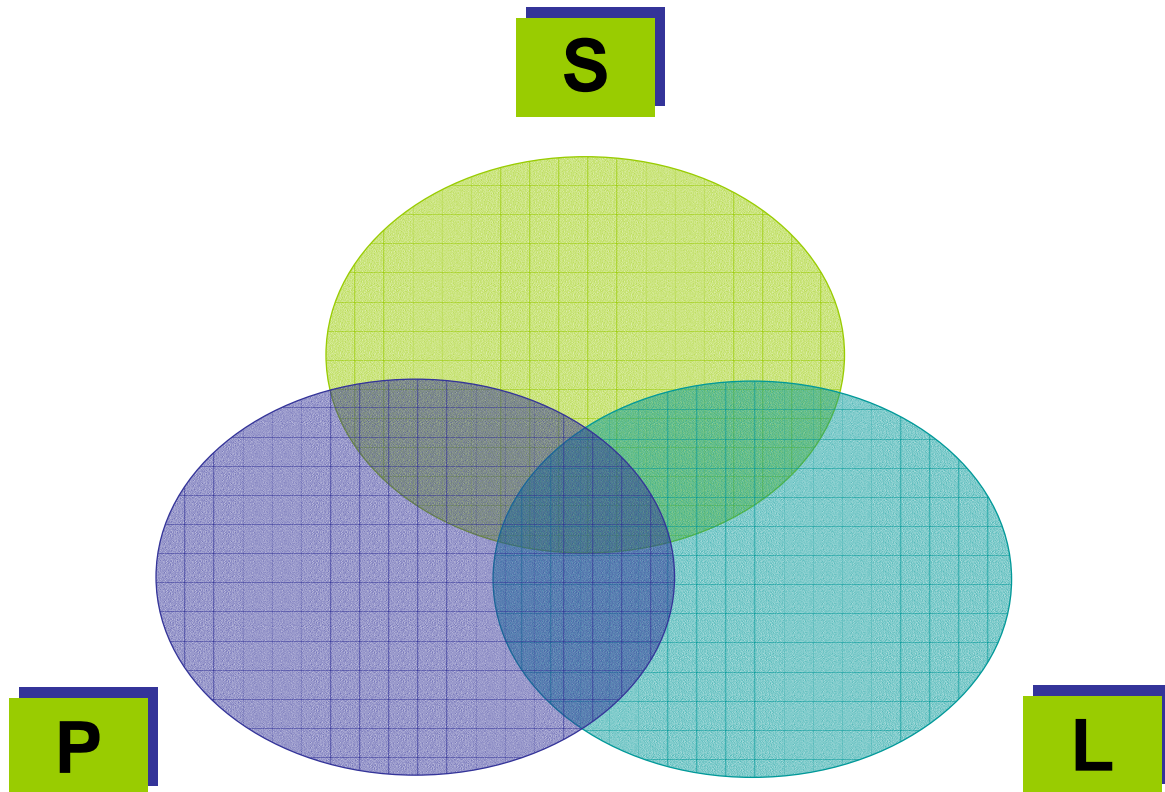
**Die PKV ist immer nur "Kostenerstatter" !**

Ihr Beitrag richtet sich nach Ihrem gewünschten Leistungsinhalt u.Umfang.  
Die Beitragsstabilität hängt von der Wirtschaftlichkeit des Anbieters ab.

**Bitte setzen Sie Ihre Prioritäten**  
(1 - 3, dabei 1 = besonders wichtig)  
(jede Ziffer nur 1x vergeben)

umfangreiche Erstattungen  
günstiger Preis  
langfrist.Betragsstabilität

L
P
S



**Ihr genereller Leistungswunsch :**

	<b>unwichtig</b>
hochwertigen Versicherungsschutz	<input type="checkbox"/>
Grundschutztarif	<input type="checkbox"/>
Optionstarif	<input type="checkbox"/>
Tarif ohne Hausarztprinzip	<input type="checkbox"/>
Beitragsrückerstattung	<input type="checkbox"/>
Selbstbeteiligung in € zur Beitragsminimierung möglich bis	<input type="checkbox"/>
Optimierungsrechnung gewünscht	<input type="checkbox"/>
Zusatzbaustein für Beitragsentlastung im Alter	<input type="checkbox"/>
Zusatzbaustein für Beitragsentlastung bei Berufsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>
Zusatzbaustein für "Kapital bei schweren Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Zusatzbaustein als Ersatz für nachstehend abgewählte Leistungen	<input type="checkbox"/>

**Auf die Erstattung welcher Leistungen wollen Sie verzichten ?**

**Stationär**

	<b>unwichtig</b>
freie Krankenhauswahl	<input type="checkbox"/>
Leistungen über den Höchstsätzen der Gebührenordnung	<input type="checkbox"/>
Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung	<input type="checkbox"/>
Privatärztliche Leistungen generell	<input type="checkbox"/>
2 Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/>
1 Bettzimmer	<input type="checkbox"/>
Transportkosten	<input type="checkbox"/>
außer in Notfällen	<input type="checkbox"/>
außer z.nächtgelegenen geeigneten KH	<input type="checkbox"/>
ohne km Begrenzung	<input type="checkbox"/>
mit Rettungshubschraubern	<input type="checkbox"/>
Behandlung in gemischten Anstalten generell	<input type="checkbox"/>
Behandlung in gemischten Anstalten bei Unfällen	<input type="checkbox"/>

# Checkliste für eine Beratung zur Privaten Krankenversicherung

## Ambulant

unwichtig

freie Arztwahl (ohne Hausarzt als Primärarzt)		<input type="checkbox"/>
Leistungen über den Höchstsätzen der Gebührenordnung		<input type="checkbox"/>
Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung		<input type="checkbox"/>
Behandlungen	bei Ärzten	<input type="checkbox"/>
	bei Heilpraktikern	<input type="checkbox"/>
	Naturheilkunde nach Hufelandverzeichnis	<input type="checkbox"/>
	Logopäden	<input type="checkbox"/>
	Physiotherapeuten	<input type="checkbox"/>
Sehilfen	(bes. Wünsche: )	<input type="checkbox"/>
	Gläser (akt. Dioptrin: )	<input type="checkbox"/>
	Gestelle	<input type="checkbox"/>
	Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	generell	<input type="checkbox"/>
	freie Auswahl des Behandlers	<input type="checkbox"/>
	mind. 50 Sitzungen ohne vorh. Zusage	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel	generell	<input type="checkbox"/>
	unbegrenzt in Anzahl	<input type="checkbox"/>
	ohne Limitierung (Obergrenzen, auch %)	<input type="checkbox"/>
	Krankenfahrstühle ohne Einschränkungen	<input type="checkbox"/>
	Heimdialysegeräte	<input type="checkbox"/>
	Atmungsüberwachungsmonitore	<input type="checkbox"/>
	Beatmungsgeräte/Sauerstoffkonzentratoren	<input type="checkbox"/>
Heilmittel		<input type="checkbox"/>
Vorsorge mehr als gesetzliche Rahmenbedingungen		<input type="checkbox"/>
Transportkosten	generell	<input type="checkbox"/>
	außer in Notfällen	<input type="checkbox"/>
	ohne Einschränkungen (nächstgel.geeignet)	<input type="checkbox"/>
	ohne km-Einschränkungen	<input type="checkbox"/>
Kuren	generell	<input type="checkbox"/>
	ambulante Behandlung in Kurort o. Zusage	<input type="checkbox"/>

# Checkliste für eine Beratung zur Privaten Krankenversicherung

## Dental

**unwichtig**

freie Arztwahl (ohne Hausarzt als Primärarzt)  
Leistungen über den Höchstsätzen der Gebührenordnung  
Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung


keine Einschränkung durch Zahnstaffel  
keine Einschränkung durch Zahnstaffel bei Unfall


		von %	bis %
Erstattungskosten	Zahnbehandlung		
	Zahnersatz		
	Kieferorthopädie		

aktueller Gebißzustand

---

## Pflegekostenversicherung

**unwichtig**

ausreichende Zusatzversicherungen

--

## Geldleistungstarife

wenn kein Verzicht Höhe pro Tag angeben

**unwichtig**

Krankenhaustagegeld		
Kurtagegeld		
Pflegetagegeld		

Krankentagegeld ab 

	Tag	
--	-----	--

--

Praxisausfallgeld ab 

	Tag	
--	-----	--

--

**Unterscheidungsmerkmale der Anbieter sind ihre Bilanzkennzahlen.**

**Sollen diese bei Ihrer Auswahl eine Rolle spielen:**

ja/nein
---------

**Interessieren Sie sich für eine umfassende Honorarberatung ?**

ja/nein
---------

**Interessieren Sie sich für einen Vorschlag nach Ihren nachstehenden Vorgaben mit anschließender Vermittlung und Betreuung ?**

ja/nein
---------

**weitere Wünsche u. Erwartungen:**

---

---

# Checkliste für eine Beratung zur Privaten Krankenversicherung

## Risikovorabeseinschätzung

Arbeitnehmer	Selbstständiger	Beamter	Ehepartner	Kind
netto:	Gewinn:			

aktuelle Krankenversicherung \_\_\_\_\_

aktuelle Zusatzkrankenversicherungen \_\_\_\_\_

Wurde i.d. letzten 5 Jahren eine PKV beantragt/abgelehnt (auch Probeantrag)?

Erklärung dazu \_\_\_\_\_

ja/nein

Haben Sie einen Hausarzt ?

wann zuletzt u.warum aufgesucht ? \_\_\_\_\_

Sind Sie aktuell in Behandlung ?

Angaben dazu \_\_\_\_\_

Medikamente u.Dosierung \_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten 5 Jahren "Arbeitsunfähig"

Angaben dazu \_\_\_\_\_

Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, geistige/körperl. Gebrechen, seelische Störungen, Anomalien, Prothesen, sonst.Behinderungen, chronische Leiden, Suchterkrankungen oder regelmäßig wiederkehrende Beschwerden körperlicher wie auch geistiger Art, auch wenn sie noch nicht behandelt worden sind, oder wurden/werden sonstige Untersuchungen durchgeführt?

Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig in den letzten 5 Jahren Medikamente ein?

Wenn ja, welche und aufgrund welcher Untersuchungen? \_\_\_\_\_

Wurde in den letzten 5 Jahren eine ambulante/stationäre Untersuchung (auch Kontrollunters.), Behandlung, Beratung o. Operation angeraten oder ist eine solche beabsichtigt?

Haben in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen wegen Suchterkrankungen, psychiatrischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen, Krebserkrankungen, chron.Darmentzündungen (z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa etc.), eines Gelenkersatzes stattgefunden oder wurde eine Psychotherapie angeraten bzw. in Anspruch genommen?

Sind Sie in den letzten 5 Jahren stationär/ambulant im Krankenhaus, in einem Lazarett, in einer Heilstätte, Kureinrichtg.o.sonst. Einrichtung operiert, behandelt, untersucht o.beobachtet worden?

Fand jemals eine Behandlung einer bösartigen Tumorerkrankung statt?

# Checkliste für eine Beratung zur Privaten Krankenversicherung

Sind Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, Wehrdienstbeschädigungen, Behinderungen, sonstige Schädigungsfolgen oder körperliche/organische Leiden anerkannt?

Wenn ja, Grad der Behinderung angeben.


Beziehen Sie Rente aus einer privaten Unfallvers.bzw. Berufsgenossenschaft?

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, bitte Entbindungstermin angeben:


Besteht eine Sterilität/Infertilität?

Wurde jemals eine HIV-Infektion (z.B. durch einen positiven Aids-Test)

Wurde jemals eine Hepatitis C-Infektion festgestellt?

li:	re:

Besteht eine Fehlsichtigkeit? Wenn ja, wieviel Dioptrin ?

Brillenträger

Kontaktlinsenträger

Rauchen Sie? Was und wieviel ?

Nehmen Sie Drogen ? Welche und wieviel ?


## Zusatzfragen zur Absicherung von Zahnleistungen

ja/nein

Haben Sie einen Hausarzt ?

wann zuletzt u.warum aufgesucht ?

Sind Sie aktuell in Behandlung ?

Angaben dazu \_\_\_\_\_

Ist eine Behandlung angeraten oder beabsichtigt ?

Angaben dazu \_\_\_\_\_

Besteht eine Parodontose/Zahn-/Kieferfehlstellung?

Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (nicht Weish./Milchz.Lückenschluss)?

wieviele bzw. welche \_\_\_\_\_

Sind Zähne ersetzt oder überkront? (Alter des Zahnersatzes: \_\_\_\_\_ )

wieviele bzw. welche \_\_\_\_\_

Sind Zähne schadhaf?

wieviele bzw. welche \_\_\_\_\_

Der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass er die Fragen gelesen und inhaltlich verstanden hat.

Er bestätigt, dass er Gelegenheit hatte, vor Eintrag der Antworten eigene Fragen zu stellen.

Die hier handschriftlich eingefügten Angaben hat der Unterzeichner eigenhändig getätigt.

Alle Fragen hat der Unterzeichner nach seinem derzeitigen Wissensstand beantwortet.

Der Unterzeichner wurde darüber belehrt, dass bei unrichtiger/unvollständiger Beantwortung von Antrags-/Gesundheitsfragen der Versicherungsschutz erlöschen kann.

Es wurde eine zusätzliche Erklärung zu den o.g. Fragen erstellt und beigefügt.

--