

NHC GESUNDHEITSERKLÄRUNG

Vorname(n)	Familiename(n)	Geburtsdatum: (TT-MM-JJ)		
Staatsangehörigkeit	Beruf			
E-mail	Tel.			

Wichtige Details vor dem Ausfüllen der Erklärung!

- Bitte füllen Sie die Erklärung persönlich aus und beantworten Sie alle Fragen sorgfältig.
- Sie dürfen nichts verschweigen – auch wenn Sie meinen, etwas sei ohne Belang für Nordic Health Care.
- Falsche oder fehlende Angaben können Ihren Versicherungsschutz gefährden.
- Haben Sie Zweifel bezüglich der Beantwortung der Fragen, können Sie sich – auf eigene Kosten – an Ihren Arzt wenden.
- Falls Sie Krankenakten o.ä. vorliegen haben, die zur Beantwortung der Fragen beitragen, ist es hilfreich Kopien davon beizufügen.
- Sollte der Platz beim Ausfüllen der Erklärung nicht ausreichen, fügen Sie bitte weitere Blätter bei.

1				
Haben Sie sich zu irgendeiner Zeit einem chirurgischen Eingriff/einer Operation unterzogen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, führen Sie die Erkrankung/das Gebrechen sowie Monat/Jahr unten auf:	
2				
Haben Sie zu irgendeiner Zeit an Hepatitis /Lebererkrankungen gelitten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, geben Sie Art sowie Monat/Jahr unten an:	
Bestehen irgendwelche Folgeerscheinungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, führen Sie die Folgeerscheinungen unten auf:	
Befinden Sie sich momentan in Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, führen Sie die Behandlungsmethode unten auf:	
Wann war die letzte medizinische (Kontroll-) Untersuchung?				
Wann ist die nächste medizinische (Kontroll-) Untersuchung?				
3				
Haben Sie zu irgendeiner Zeit an Krebs /Lebererkrankungen gelitten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, geben Sie Art sowie Monat/Jahr unten an:	
Welche Behandlung haben Sie erhalten?				
Befinden Sie sich momentan in Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, führen Sie die Behandlungsmethode unten auf:	
Wann war die letzte medizinische (Kontroll-) Untersuchung?				
Wann ist die nächste medizinische (Kontroll-) Untersuchung?				

4			
Haben Sie angeborene Leiden/ Behinderungen oder körperliche Folgeschäden aus Verletzungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, führen Sie die Leiden/Behinderungen unten auf:
5			
Haben Sie in den letzten 10 Jahren einen Arzt oder Facharzt aufgesucht oder sind Sie von einem Arzt oder Facharzt untersucht oder behandelt worden? (Erkältungskrankheiten, Rachen- entzündungen, vorübergehende Infektionen, übliche Kinder- krankheiten und Vorsorgeuntersuchungen müssen nicht angegeben werden)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, geben Sie Krankheit/Gebrechen, Behandlungsmethode sowie Monat/Jahr unten an:
Wann hatten Sie zuletzt Symptome der oben aufgeführten Krankheiten/ Gebrechen?			
6			
Sind Sie in den letzten 10 Jahren von einem Physiotherapeuten, Chiropraktiker oder anderen Therapeuten (inklusive Heilpraktikern) untersucht oder behandelt worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, geben Sie Krankheit/Gebrechen, Behandlungsmethode sowie Monat/Jahr unten an:
Wann hatten Sie zuletzt Symptome der oben aufgeführten Krankheiten/ Gebrechen?			
7			
Waren Sie in den letzten 10 Jahren jemals stationär in einem Kranken- haus oder einer Privatklinik oder wurden in einem Krankenhaus oder einer Privatklinik untersucht oder behandelt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, geben Sie Krankheit/Gebrechen, Behandlungsmethode sowie Monat/Jahr unten an:
Wann hatten Sie zuletzt Symptome der oben aufgeführten Krankheiten/ Gebrechen?			
8			
Haben Sie in den letzten 10 Jahren einen Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten aufgesucht oder wurden Sie von einem Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten behandelt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, geben Sie Krankheit/Gebrechen, Behandlungsmethode sowie Monat/Jahr unten an:
Wann hatten Sie zuletzt Symptome der oben aufgeführten Krankheiten/ Gebrechen?			

9

Nehmen Sie momentan von einem Arzt oder Therapeuten verschriebene Medikamente ein?

Ja Nein Falls ja, führen Sie Einzelheiten unten auf:

Medikament	Tägliche Dosis	Leiden/Krankheit	Behandlungsbeginn

10

Haben Sie in den letzten 12 Monaten medizinische Symptome oder Beschwerden, die nicht von einem Arzt oder anderen Therapeuten untersucht oder behandelt wurden?

Ja Nein Falls ja, führen Sie die Beschwerden/Symptome unten auf:

(Erkältungskrankheiten, Rachenentzündungen, vorübergehende Infektionen und übliche Kinderkrankheiten müssen nicht angegeben werden)

11

Haben Sie eingeschränkte Sehvermögen?

Ja Nein Falls ja, führen Sie Einzelheiten unten auf:

Ursache:
 Stärke rechtes Auge: Stärke linkes Auge:

12

Haben Sie eingeschränkte Hörvermögen?

Ja Nein Falls ja, führen Sie Einzelheiten und Ursache sowie ggf. ein Hörgerät unten auf:

13

Trinken Sie Alkohol?

Ja Nein Falls ja, führen Sie die durchschnittliche Menge pro Woche auf:

Haben Sie früher größere Mengen Alkohols zu sich genommen?

Ja Nein Falls ja, führen Sie die durchschnittliche Menge pro Woche auf:
 Zeitraum/Jahr:

14

Geben Sie Größe und Gewicht an:

Größe: cm Gewicht: kg

15

Name und Anschrift Ihres Arztes?

Hiermit erkläre ich, dass ich wahrheitsgemäß Auskunft gegeben habe und nichts verschwiegen habe. Ich bin mir bewußt, dass falsche Angaben zum Rücktritt von oder zur Kündigung der Versicherung führen können. Ich bin damit einverstanden, dass Nordic Health Care sich das Recht vorbehält, die Angaben zu übermitteln/weiterzugeben - auch im Falle einer Ablehnung des beantragten Versicherungsschutzes.

Falls Zahnbehandlung abgeschlossen wurde: Ich bestätige, dass ich momentan nicht in zahnärztlicher Behandlung bin und / oder Zahnbehandlungen geplant sind.

Datum

Unterschrift (Bei Kindern unter 18 Jahren ist die Unterschrift eines Erwachsenen erforderlich)

