

Zusatzblatt für Kinder

Falls Kinder bis 21 Jahre abgesichert werden sollen, füllen Sie bitte dieses Zusatzblatt aus.

Vertragsnummer:

1. Angaben zu Kind _____

(Betreffendes bitte ankreuzen)

Vorname(n) und Familienname	Geburtsdatum	Geburtsort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
zurzeit ausgeübte Tätigkeit	Nationalität	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Beschäftigung: _____ seit . | . | . . .

Schüler/in Auszubildende/r Praktikant/in _____

2. Fragen zur Gesundheit

Alle Fragen sind ausführlich zu beantworten. Geben Sie auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich ansehen. Striche gelten nicht als Antwort. Reicht der Platz nicht, antworten Sie auf einem Beiblatt unter Angabe Ihres Vor- und Familiennamens und weisen Sie in diesem Antrag darauf hin. Falls Sie Ihrem Berater gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber dem KRД innerhalb von einer Woche schriftlich nachzuholen. Weisen Sie in diesem Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin. Sie sind verpflichtet, alle Inanspruchnahmen von Ärzten oder anderen Heilkundigen, die bis zur Schließung des Vertrags erforderlich sind, und alle Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes umgehend schriftlich mitzuteilen.

		Ja	Nein
1	Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Pflegebedürftigkeit, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen (auch unerfüllter Kinderwunsch) - die nicht untersucht/behandelt wurden - oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Werden Arzneimittel (z.B. Tabletten, Salben) und/oder Heilmittel (KG, Massage) angewendet oder tragen/benutzen Sie Hilfsmittel (Hörgerät, Bandage, Rollstuhl, Gehhilfe, ...)? → Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Bestand oder besteht eine Fehlsichtigkeit? → Wenn ja, welche Dioptrinstärke? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bestand oder besteht ein körperlicher/organischer Fehler, ein chronisches Leiden, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder eine andere Art körperlicher/geistiger Einschränkung? Grad der Behinderung: <input type="text"/> % → Wenn ja, bitte Bescheid beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Besteht eine Schwangerschaft? → Wenn ja, in welcher Woche? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Körpergröße in cm: <input type="text"/> Körpergewicht in kg: <input type="text"/>		
Fragen 12 - 15 nur beantworten, wenn zahnärztliche Leistungen gewählt werden			
12	Hat in den letzten 3 Jahren ein Zahnarztbesuch stattgefunden? → Wenn ja, welche Behandlungen wurden durchgeführt? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Finden zurzeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Korrektur statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden? → Wenn ja, ist ein aktueller Heil- und Kostenplan erforderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähne sowie Zähne, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)? → Wenn ja, Anzahl: <input type="text"/> Bei mehr als 3 fehlenden und nicht ersetzten Zähnen bitte aktuellen Zahnstatus vom Zahnarzt beilegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Sind fehlende Zähne durch Zahnersatz (Brücken, Kronen, Inlays, Implantate, Zahnprothesen) versorgt, die älter als 10 Jahre sind? → Wenn ja; Anzahl: <input type="text"/> Bei mehr als drei versorgten Zähnen bitte aktuellen Zahnstatus vom Zahnarzt beilegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ja	Nein
16	Ist Ihr Kind Vegetarier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ist Ihr Kind Veganer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ist Ihr Kind Rohköstler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ist Ihr Kind Nichtraucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ist Ihr Kind Gelegenheitsraucher? (3 - 5 Zigaretten in der Woche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ist Ihr Kind starker Raucher? (regelmäßiger bis täglicher Konsum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Trinkt Ihr Kind regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. a) Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1-10 und 12-15, wenn mit "ja" beantwortet:

Nr.	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt)	Beschwerden / Behandlungen	Name und Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, Ansprechpartner	Seit wann beschwerde-/behandlungsfrei?

3. Die Anlage ist Vertragsgegenstand

Um Ihren individuellen oder auch religiösen Bedürfnissen entsprechen zu können, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen (Mehrfachauswahl möglich):

	1. Welche Therapie wünschen Sie im Falle der Diagnostizierung einer Krebserkrankung?
<input type="checkbox"/>	schulmedizinische Behandlung (Chemotherapie, Bestrahlung, Operation)
<input type="checkbox"/>	Homöopathische Behandlung
<input type="checkbox"/>	Osteopathische Behandlung
<input type="checkbox"/>	andere Heilpraktikerbehandlungsart
<input type="checkbox"/>	Behandlung nach Traditionell Chinesischer Medizin (TCM)
<input type="checkbox"/>	Therapie in einem alternativen Krebsbehandlungszentrum
<input type="checkbox"/>	Geistheilung
<input type="checkbox"/>	Eigenbehandlung in Selbstverantwortung
<input type="checkbox"/>	Behandlung durch einen Geistlichen Ihres Glaubens
	2. Welche Behandlung wünschen Sie im Falle der Diagnose eines bevorstehenden Organversagens mit angeratener Organtransplantation (was im Behandlungsfalle dann auch eine Bluttransfusion mit sich bringen würde)?
<input type="checkbox"/>	Organtransplantation mit Bluttransfusion
<input type="checkbox"/>	Organtransplantation ohne Bluttransfusion
<input type="checkbox"/>	Abwarten und Ernährungs- und Lebensweise umstellen
<input type="checkbox"/>	Abwarten und eventuell ein Sterben in Kauf nehmen
<input type="checkbox"/>	Geistheilung durch einen angeratenen Heiler
<input type="checkbox"/>	Therapie in Eigenbehandlung
<input type="checkbox"/>	Behandlung durch einen Geistlichen Ihres Glaubens
<input type="checkbox"/>	Behandlung in einem alternativen Behandlungszentrum, ohne die durch den Arzt angeratene Organtransplantation
	3. Welche Entbindungsart wünschen Sie im Falle einer Schwangerschaft?
<input type="checkbox"/>	normale Krankenhausentbindung
<input type="checkbox"/>	Kaiserschnitt
<input type="checkbox"/>	Wassergeburt im Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	Wassergeburt im Geburtshaus
<input type="checkbox"/>	Entbindung im Geburtshaus
<input type="checkbox"/>	Entbindung mit einer Hebamme im eigenen Haus / in der eigenen Wohnung
<input type="checkbox"/>	Sonstige
	4. Wie soll Ihr Kind bei der Diagnose einer chronischen Krankheit behandelt werden?
<input type="checkbox"/>	auf schulmedizinische Art
<input type="checkbox"/>	Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)
<input type="checkbox"/>	durch einen Heilpraktiker
<input type="checkbox"/>	durch einen Geistheiler
<input type="checkbox"/>	Behandlung durch einen Geistlichen Ihres Glaubens
<input type="checkbox"/>	Sonstige, bitte eventuell selbst näher ausführen:

Ort, Datum

Unterschrift(en) des gesetzlichen Vertreters