

Erfassungsbogen

Die Abfrage der Daten erfolgt analog der Eingabe ins Vergleichsprogramm.

Grunddaten

Vor- und Nachname	
Geschlecht der zu versichernden Person	
Geburtsdatum	
Berufsgruppe (Selbständiger, Beamter etc.)	
Anzahl der Kinder (zur Berechnung des Pflegebeitrages)	

Leistungen 1

Allgemeiner Tarifbereich

Versicherungsbeginn	
Osttarife	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit

Ambulanter Tarifbereich

Selbstbeteiligung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> optimale <input type="checkbox"/> von... bis...
Für Kompakttarife	<input type="checkbox"/> keine SB <input type="checkbox"/> SB auch über stationär und dental <input type="checkbox"/> SB nur über ambulant

Stationärer Tarifbereich

Einbettzimmertarife	<input type="checkbox"/>
Tarife, die Ein- oder Zweibettzimmer bieten	<input type="checkbox"/>
Zweibettzimmertarife	<input type="checkbox"/>
Mehrbettzimmertarife	<input type="checkbox"/>
Privatarzt	<input type="checkbox"/>

Dentaler Tarifbereich

Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/> von... % bis... %
Zahnersatz	<input type="checkbox"/> von... % bis... %
Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> von... % bis... %

Krankentagegeld

Risikogruppe	<input type="checkbox"/> A; <input type="checkbox"/> B; <input type="checkbox"/> C; <input type="checkbox"/> D
1. Tagegeld ab Tag	€
2. Tagegeld ab Tag	€
3. Tagegeld ab Tag	€

**Zusätzliche Absicherungen
(KHT, Kur, Beitragsreduzierung)?**

Krankenhaustagegeld pro Tag	€
Kurtagegeld pro Tag	€
Kurkostenerstattung (ambulant)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kurkostenerstattung (stationär)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kurkostenerstattung-Unterbringung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beitragsreduzierung im Alter	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> maximale <input type="checkbox"/> absolute: € <input type="checkbox"/> prozentuale: %

Tarifbereich Pflege

Pflegepflicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegezusatzversicherung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung <input type="checkbox"/> Pflegetagegeld <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung und Pflege- tagegeld
Erstattungssatz (Grundlage der Erstattung ist Pflegestufe 3 (stationäre Unterbringung))	€
Leistungen auch bei Pflegestufe 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Leistungen II

Allgemeiner Tarifbereich

Grundschatztarife	<input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> nur
Primärarzttarife	<input type="checkbox"/> mit (normal) <input type="checkbox"/> ohne (beste Absicherung) <input type="checkbox"/> nur (günstigste Absicherung)
Beitragsrückerstattung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> erfolgsabhängig <input type="checkbox"/> garantiert
Wie lange soll der Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland für Krankheitskostenvolltarife gelten?	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> mindestens für 6 Monate <input type="checkbox"/> mindestens für 12 Monate <input type="checkbox"/> unbegrenzt

Ambulanter Tarifbereich

Gebührenordnung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alle Behandlungsmethoden gemäß Hufelandverzeichnis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mindesterstattung für Sehhilfen	<input type="checkbox"/> unwichtig ... €
<u>Psychotherapie</u>	
Grundsätzlich soll für Psychotherapie geleistet werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Frei Wahl des Behandlers (z.B. psycholog. Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mindestens 50 Sitzungen ohne vorherige	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zusage	
<u>Hilfsmittel</u>	
Keine Einschränkungen bei der Erstattungshäufigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Limitierung durch eine prozentuale oder preisliche Obergrenze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung bei Krankenfahrstühlen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Heimdialysegeräte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Atemüberwachungsmonitore	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Beatmungsgeräte, Sauerstoffkonzentratoren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Erstattung ambulanter Transportkosten</u>	
Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung auf den „nächstgelegenen“ oder „nächsten“ Behandler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung in der Entfernung (Kilometerbegrenzung oder Territorialgebiet)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Heilmittel: Kostenersatz für nichtärztliche Behandler (Ergotherapeuten, Logopäden)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsorgeuntersuchungen umfassender als der gesetzliche Rahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ambulante Heilbehandlung in einem Kurort/Heilbad ohne vorherige Zusage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Stationärer Tarifbereich

Gebührenordnung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz
<u>Erstattung stationärer Transportkosten</u>	
Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung auf das „nächstgelegene“ oder „nächste“ Krankenhaus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung in der Entfernung (Kilometerbegrenzung oder Territorialgebiet)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung beim Transportmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Gemischte Anstalten</u>	
Unterbringung in gemischten Anstalten ohne vorherige schriftl. Leistungszusage bei med. notwendiger stationärer Heilbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterbringung in Gemischten Anstalten ohne vorherige schriftl. Leistungszusage bei Unfällen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Dentaler Tarifbereich

Gebührenordnung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz
KEINE tarifliche Zahnstaffel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Datum

Ort

Unterschrift