

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