

2.1	Körpergröße in cm *	Gewicht in kg *		
2.2	Haben in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen stattgefunden, wegen Krankheiten oder Beschwerden			
2.2.a	des Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Bewusstlosigkeit, Venenentzündung, Krampfadern, Thrombose)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.2.b	der Atmungsorgane (z.B. Heuschnupfen, Asthma bronchiale, chronische oder wiederholte Bronchitis, Lungenentzündung, berufsbedingte Atemwegsprobleme)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.2.c	an Speiseröhre, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz (z.B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwür, Magenschleimhautentzündung, chronische Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Hepatitis, Bauchspeicheldrüsenentzündung)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.2.d	der Niere, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, -koliken, Nierenentzündung, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostataentzündung oder -vergrößerung)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.2.e	der Brustdrüse (z.B. knotige Veränderungen, Entzündungen)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.2.f	des Stoffwechsels (z.B. erhöhte Blutzuckerwerte, Diabetes mellitus, Gicht, erhöhte Cholesterinwerte, Funktionsstörungen der Schilddrüse)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.2.g	in Form von Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Geschwülste, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Darmpolypen)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.2.h	in Form von Infektionskrankheiten, Tropenkrankheiten od. Vergiftungen (z.B. Tuberkulose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis, Gehirnhautentzündung)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.2.i	des Gehirns, Rückenmarks oder der Nerven (z.B. Multiple Sklerose, Lähmungen, Epilepsie, Krampfanfälle, Gleichgewichtsstörungen, Kopfschmerzen)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.2.j	der Psyche (z.B. ADHS, Angststörungen, Burn-out-Syndrom, Depression, Erschöpfungszustände, Essstörungen, psychosomatische Störungen, Schlafstörungen, Stress-Syndrom, Verhaltensauffälligkeiten, Legasthenie, Lernschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen, Wahrnehmungstörungen, Sprachstörungen, Selbsttötungsversuch)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.2.k	Bestanden in den letzten 6 Monaten vor Antragstellung Beschwerden in einem der oben erfragten Bereich zu 2.2.a bis 2.2.j, ohne einen Arzt, Heilpraktiker, Physio-, Psychotherapeuten oder einen nichtärztlichen Therapeuten aufzusuchen? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.3	Wurden im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen (wie z.B. Laboruntersuchungen, Röntgen, CT, Ultraschall, EKG, Magen-Darm-Spiegelung) innerhalb der letzten 5 Jahre kontroll- oder behandlungsbedürftige Ergebnisse festgestellt? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.4	Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente eingenommen? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.5	Werden derzeit oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre ambulante Behandlungen von Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Masseuren durchgeführt? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

2.6	Werden derzeit oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Behandlungen von Psychologen oder Psychotherapeuten durchgeführt? *	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.7	Haben innerhalb der letzten 10 Jahre Operationen, stationäre Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind solche für die nächsten 12 Monate ärztlich angeraten oder vorgesehen? *	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.8	Fand innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Alkoholkonsums eine ärztliche Beratung oder Behandlung statt? *	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.9	Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Drogen konsumiert? *	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.10	Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie, Melanom) oder wurde eine HIV-Infektion (positiver Aids-Test) festgestellt? *	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Die folgenden Fragen sind nur zu beantworten bei einer Berufsunfähigkeitsrente oder BUZ-Beitragsbefreiung mit Risikofragen ohne Wartezeit.

2.11	Haben in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen stattgefunden, wegen Krankheiten oder Beschwerden			
2.11.a	der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Bänder (z.B. Bandscheibenschaden, Hexenschuss, Skoliose, ärztlich behandelte Rückenschmerzen, Knochenbrüche, Meniskusverletzung, Bänderriss, Gelenkentzündung, ärztlich festgestellter Gelenkverschleiß, Sehnenentzündung, Rheuma, Bechterew-Krankheit)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.11.b	der Augen (z.B. Fehlsichtigkeit, Netzhautveränderungen, Hornhautverkrümmung, grüner oder grauer Star, entzündliche Augenerkrankungen, eingeschränktes Sehvermögen)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Dioptrienwerte links:	Dioptrienwerte rechts:		
2.11.c	der Ohren (z.B. Minderung der Hörfähigkeit, Tinnitus (Ohrgeräusch), Gleichgewichtsstörungen)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.11.d	der Haut (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis, Ekzeme)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.11.e	allergischer Ursache (z.B. Hausstauballergie, Tierhaarallergie, beruflich bedingte Allergien)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.11.f	Bestanden in den letzten 6 Monaten vor Antragstellung Beschwerden in einem der oben erfragten Bereich zu 2.11.a bis 2.11.e, ohne einen Arzt, Heilpraktiker, Physio-, Psychotherapeuten oder einen nichtärztlichen Therapeuten aufzusuchen? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.12	Bestehen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z.B. Fehlbildungen, Verluste oder Schäden an Körperteilen oder -organen, Folgen von Operationen oder Unfällen)? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.13	Bestehen Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE], Grad der Behinderung [GdB], Grad der Schädigungsfolgen [GdS]) oder Pflegegrad? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.14	Besteht eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? - Nicht zu beantworten für minderjährige Versicherte *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.15	Bestand in den letzten 5 Jahren eine länger als 2 Wochen dauernde zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit oder war die Teilnahme am Schulunterricht krankheitsbedingt nicht möglich? *		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Welche/-er Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in ist über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet (evtl. Hausarzt/Hausärztin)?

Name und vollständige Anschrift, Fachrichtung \*