

Name: ..... Geschlecht:  m  w

Geburtsdatum: ..... Beruf: \_\_\_\_\_  angestellt  selbständig

### 1. Ambulant

**Selbstbehalt im Bereich von \_\_\_\_\_ € bis \_\_\_\_\_ €**

Ambulante Leistungsfragen	Grundschatz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>GOÄ - Ärzte ambulant</b>	<b>mindestens</b> <1,8 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 2,3 <input type="checkbox"/> 3,5 <input type="checkbox"/>		
<b>GOÄ - Ärzte ambulant darüber</b>	<b>mindestens</b> Kulanz <input type="checkbox"/> mit Beschränkung <input type="checkbox"/> ohne Beschränkung <input type="checkbox"/>		
<b>GOÄ - Ärzte ambulant Ausland</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausland unbegrenzt - akut	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Ausland unbegrenzt - gezielt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Arznei/Verbandmittel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Medikamentenähnliche Nahrungsmittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• parenterale Ernährung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• enterale Ernährung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Heilmittel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ergotherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Logopäde	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Physikalische Therapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Podologie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Preisverzeichnis Heilmittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Hilfsmittel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Preisverzeichnis Hilfsmittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Ambulante Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Hilfsmittelkatalogart</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hilfsmittelkatalog offen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Hilfsmittelkatalog ausschließlich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Hilfsmittelkatalog geschlossen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Hilfsmittelkatalog offener Ausschluss	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Hilfsmittel - für Blinde</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blindenhund	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Blindenstock	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Elektronisches Lesegerät	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Hilfsmittel - Körperersatzstücke</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Armprothesen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Beinprothesen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Brustprothesen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Kunststauge	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Hilfsmittel - Krankenfahrstuhl</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel - lebenserhaltende</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel - orthopädische</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Orthopädische Schuhe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Hilfsmittel - sanitäre Verbrauchsartikel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel - technische</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel - sonstige</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Brillen / Sehhilfen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LASIK</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kontaktlinsen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Kontaktlinsen Pflegemittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Ambulante Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Alternative Heilmethoden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Heilpraktiker</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alternative Arzneimittel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psychotherapie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Approbierte psychologische Psychotherapeuten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Diplompsychologe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Ärzte mit verfahrensbezogenen Zusatzausbildung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Analytische Psychotherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Verhaltenstherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Vorsorgeuntersuchung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vorsorge - Auswirkung auf BRE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vorsorge - Anrechnung auf SB</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schutzimpfungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstbehalt gilt für</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Weitere Selbstbeteiligungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Selbstbehalt im 1. Jahr	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Selbstbehalt ab 65. Lebensjahr	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Reduziert sich der Selbstbehalt ab dem 65. Lebensjahr?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hausarztprinzip</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Transportkosten ambulant</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transportkosten ambulant	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Fahrtkosten ambulant	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Ambulante Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Häusliche Grundpflege	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Häusliche Behandlungspflege	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Hauswirtschaftliche Versorgung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Kur ambulant</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kurort-Behandlung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schwangerschaft - Leistungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Umwandlung Voll in Zusatz</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Arbeitslosigkeit beitragsfrei</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Stationäre Unterbringung

Einbettzimmer  Zweibettzimmer  Mehrbettzimmer   
 Behandlung durch Privatarzt Ja  Nein

Stationäre Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
Ambulante Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemischte Anstalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• auch ohne vorherige schriftliche Leistungszusage	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Privatkliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOÄ - Ärzte stationär	<b>mindestens</b> <1,8 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 2,3 <input type="checkbox"/> 3,5 <input type="checkbox"/>		
GOÄ - Ärzte stationär darüber	<b>mindestens</b> Kulanz <input type="checkbox"/> mit Beschränkung <input type="checkbox"/> ohne Beschränkung <input type="checkbox"/>		
GOÄ - Ärzte stationär Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausland unbegrenzt - akut	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Ausland unbegrenzt - gezielt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Krankenhausmeldung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geltungsbereich Europa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geltungsbereich außereuropäisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnsitzverlegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rooming in (Elternteil und Kind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anschlussheilbehandlung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• AHB, Reha ohne Vorleistung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Stationäre Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
Stationäre Unterkunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ersatz-KHT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbehalt gilt für	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komfortzuschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportkosten im Inland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transportkosten Inland	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
• Fahrtkosten Inland	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Transportkosten Weltweit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auslandsrücktransport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Auslandsbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entbindungspauschale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entziehungsmaßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umwandlung Voll in Zusatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Befruchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterilisation bei Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kur stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beitragsfrei bei Elternschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Zahnleistung

Erstattung mindestens

Zahnbehandlung \_\_\_\_\_ %  
 Kieferorthopädie \_\_\_\_\_ %  
 Zahnersatz \_\_\_\_\_ %

Zahn-Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>GOZ - Zahnärzte</b>	<b>mindestens</b> <1,8 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 2,3 <input type="checkbox"/> 3,5 <input type="checkbox"/>		
<b>GOZ - Zahnärzte darüber</b>	<b>mindestens</b> Kulanz <input type="checkbox"/> mit Beschränkung <input type="checkbox"/> ohne Beschränkung <input type="checkbox"/>		
<b>GOZ - Zahnärzte Ausland</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausland unbegrenzt - akut	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Ausland unbegrenzt - gezielt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Zahnleistung - Erstattung in %</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Preisverzeichnis Zahn</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Implantate</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inlays</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prophylaxe</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gnathologie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Material- und Laborkosten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Summenbegrenzung Zahn</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Keine Summenbegrenzung Zahnbehandlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Keine Summenbegrenzung Zahnersatz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Zahn-Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
• Keine Summenbegrenzung Kieferorthopädie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Entfällt Summenbegrenzung bei Unfall</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Heil- und Kostenplan</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heil- und Kostenplan - Zahnbehandlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Heil- und Kostenplan - Zahnersatz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Heil- und Kostenplan - Kieferorthopädie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Fahrtkosten zum Zahnarzt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fehlende Zähne - Zuschlag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fehlende Zähne - Erstattung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Laufende Zahnbehandlung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstbehalt gilt für</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Umwandlung Voll in Zusatz</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>