

Bitte füllen Sie alle Felder aus, um zu gewährleisten, dass Ihr Antrag so reibungslos wie möglich bearbeitet werden kann und Verzögerungen Ihrer Aufnahme als Versicherungsmitglied zu vermeiden. Wir bitten Sie, das Formular in Großbuchstaben auszufüllen, es zu unterschreiben, alle erforderlichen Belege (s. Liste unter Punkt 6 dieses Antragsformulars) beizufügen und es wahlweise per E-Mail, Fax oder per Post an folgende Adresse zu senden:

expatplus® | P.O. Box 69 | 2140 Antwerpen | Belgium | info@expatplus.com | F + 32 3 663 73 14

Anerkannter expatplus® Vermittler:

Agentur DB2001  
Partner n°: 1060014  
Im Eisholz 25A  
51373 Leverkusen  
Deutschland

## 1. Antragsteller

Familienname	Vorname
Titel	Geburtsdatum (T - M - J) / /
Familienstand	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Beruf	
Nationalität	
Telefon-/Mobiltelefonnummer	
Haupt-E-Mail-Adresse (Pflichtfeld)	

### Heimatland

Adresse		
Postleitzahl	Ort	Land

### Gastland

Adresse		
Postleitzahl	Ort	Land

## 2. Angaben zum Unternehmen (nur erforderlich, wenn Ihr Arbeitgeber für die Zahlung der Prämien Ihrer individuellen Versicherung zuständig ist)

Firmenname		
Adresse		
Postleitzahl	Ort	Land
E-Mail-Adresse (Pflichtfeld)		

### 3. Mitzuversichernde Familienangehörige

Bitte machen Sie Angaben zu allen Familienangehörigen, die versichert werden sollen. Dazu gehören Ihr(e) Gatte/Gattin oder Lebenspartner und die finanziell abhängigen Kinder unter 28 Jahren.

Familienname	Vorname	Beziehung	Geschlecht	Geburtsdatum (T - M - J)
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /

### 4. Ihre expatplus® Versicherung

#### Basisversicherung

Versicherungsbeginn - frühestmöglicher Beginn ist der Tag der Antragsannahme (T - M - J)

Geltungsbereich	<input type="checkbox"/> Weltweit	<input type="checkbox"/> Weltweit ausser USA & Kanada
Basisversicherung	<input type="checkbox"/> Globe	<input type="checkbox"/> Orbit <input type="checkbox"/> Universe
Selbstbeteiligung	<input type="checkbox"/> € 0 / £ 0 / \$ 0 / CHF 0	
	<input type="checkbox"/> € 100 / £ 65 / \$ 125 / CHF 150 (nur für Globe und Orbit zutreffend)	
	<input type="checkbox"/> € 300 / £ 200 / \$ 375 / CHF 450	
	<input type="checkbox"/> € 500 / £ 325 / \$ 625 / CHF 750 (nur für Universe zutreffend)	
	<input type="checkbox"/> € 1,000 / £ 650 / \$ 1,250 / CHF 1,500	

#### Zusatzversicherungen

Zahnmedizinische Versorgung	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Comprehensive
-----------------------------	--------------------------------	--

	Antragsteller	Partner	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Lebensversicherung <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Versicherungssumme (€ / £ / \$ / CHF)	.....	.....				
Unfalltod und -Invalidität <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Versicherungssumme (€ / £ / \$ / CHF)	.....	.....				
Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Höhe der monatlichen Leistung (€ / £ / \$ / CHF)	.....	.....				
Dauerhafte Berufsunfähigkeit <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Höhe der monatlichen Leistung (€ / £ / \$ / CHF)	.....	.....				
Reiseversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Leistungsabrechnungen

Leistungsabrechnungen online in folgender Sprache	<input type="checkbox"/> EN	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> NL	<input type="checkbox"/> ES	<input type="checkbox"/> IT
---	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

1 Beachten Sie bitte, dass die Zusatzversicherungen nur in Verbindung mit der Basisversicherung abgeschlossen werden können. Das alleinige Bestehen einer separaten Zusatzversicherung ist nicht möglich.  
 2 Der Abschluss der Zahnversicherung kann nur einheitlich auf Familienebene erfolgen. Die Mindestlaufzeit beträgt 1 Jahr (es sein denn, der Vertrag wird gekündigt).  
 3 Die Mindestversicherungssumme beträgt € 50.000 / £ 32.500 / \$ 62.500 / CHF 75.000 bis zu einer maximalen Versicherungssumme in Höhe von € 500.000 / £ 325.000 / \$ 625.000 / CHF 750.000.  
 4 Die monatliche Leistung muss mindestens € 1.000 / £ 650 / \$ 1.250 / CHF 1.500 betragen, maximal € 10.000 / £ 6.500 / \$ 12.500 / CHF 15.000. Die Leistung darf nicht höher sein als 80% des monatlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person.  
 5 Dauerhafte Berufsunfähigkeit kann nur in Verbindung mit der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit und in Form eines monatlichen Zuschusses versichert werden, die Höhe der monatlichen Absicherung entspricht der im selben Vertrag vereinbarten monatlichen Absicherungssumme bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit.

## 5. Beitragszahlung

Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> Kreditkarte		
Frequenz	<input type="checkbox"/> Jährlich	<input type="checkbox"/> Halbjährlich	<input type="checkbox"/> Quartalsweise	
Währung	<input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> GBP	<input type="checkbox"/> USD	<input type="checkbox"/> CHF

## 6. Bitte fügen sie folgende Unterlagen bei:

1. Eine Kopie des Personalausweises des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin und, falls zutreffend, des Personalausweises der Ehe-/Lebenspartnerin bzw. des Ehe-/Lebenspartners.
2. Einen ordnungsgemäß ausgefüllten medizinischen **expatplus**® Fragebogen einschließlich Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin und, falls zutreffend, des Ehe-/Lebenspartners bzw. Der Ehe-/Lebenspartner(-in);
3. Eine Kopie aller relevanten medizinischen Unterlagen (medizinische Berichte, ärztliche Bescheinigung(-en), Laborergebnis(-se) etc.), die Ihnen vorliegen, als Dokumentation für die Prüfung der medizinischen Eignungsbedingungen für jede zu versichernde Person durch unseren medizinischen Berater;
4. Falls der/die Versicherungsnehmer(-in) (und, falls zutreffend, der/die Ehe-/Lebenspartner(-in)) eine Versicherung für Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit abschließt, ist ein aktueller Einkommensnachweis erforderlich;
5. Falls der/die Versicherungsnehmer(in) (und, falls zutreffend, der/die Ehe-/Lebenspartner(-in)) den Vertrag für eine Unfalltod- und Invaliditätsversicherung und/oder eine Lebensversicherung unterzeichnet: Vorlage eines für jede zu versichernde Person ausgefüllten Formulars 'Benennung Begünstigter' (<https://www.expatplus.com/Deutsch/Info/Downloads/Downloads.htm>)



## 7. Erklärung

1. Hiermit begehre ich Versicherungsschutz für alle auf dem Antragsformular erwähnten Personen.
2. Ich erkläre, dass ich alle Fragen nach bestem Wissen vollständig, korrekt und zutreffend beantwortet habe und dass ich alle mit diesem Antrag vorgelegten Antworten und Bescheinigungen, die nicht meine Handschrift aufweisen, geprüft habe und bestätige.
3. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der vorliegende Vertrag den auf der **expatplus**® Website zu findenden Allgemeinen Vertragsbedingungen unterliegt. (<https://www.expatplus.com/Deutsch/Info/Downloads/Downloads.htm>)
4. Ich bestätige und bin damit einverstanden, dass die im Rahmen dieser Anfrage oder auf anderem Wege von Vanbreda International erhaltenen persönlichen Daten genutzt oder verbreitet oder an Dritte weitergeleitet werden, um 1) die vorliegende Anfrage zu bearbeiten und Versicherungsleistungen sowie den Kundenservice zu gewähren, 2) eine Bezahlung per Kreditkarte bearbeiten und ausführen zu können, 3) Ihnen Marketingdokumente über Dienstleistungen, die in Bezug zu Versicherungen von Vanbreda International oder verbündeten Unternehmen stehen, zukommen lassen zu können, 4) Rückzahlungsanfragen ausführen oder die Versicherung überprüfen zu können.
5. Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz automatisch und ohne jegliche Prämienrückerstattung ausgesetzt wird, wenn die Prämienzahlung an Vanbreda auch nach einem Zeitraum von 15 Tagen nach Fälligkeitsanzeige ausbleibt.

Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer(-in)	Unterschrift Ehe-/Lebenspartner(-in)
-------	---------------------------------------	--------------------------------------

Bitte beantworten Sie für alle im Antrag genannten Personen jede Frage richtig und vollständig. Für die Fragen, die Sie mit 'ja' beantwortet haben, benötigen wir ausführliche Informationen in dem Antwortteil auf der letzten Seite.

	Antragsteller		Partner		Kind 1		Kind 2	
<b>Name</b>								
<b>Geburtsdatum (T - M - J)</b>								
<b>1. Größe / Gewicht</b>	cm		cm		cm		cm	
	kg		kg		kg		kg	
<b>2. a.</b> Haben Sie im Moment Gesundheitsprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>b.</b> Ist Ihre Arbeitsfähigkeit reduziert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>c.</b> Sind Sie in den letzten 5 Jahren schon länger als 4 aufeinander folgende Wochen arbeitsunfähig gewesen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>3.</b> Leiden Sie oder haben Sie gelitten an irgendwelchen Erkrankungen, Störungen oder Problemen:								
<b>a.</b> an <b>den Atmungsorganen</b> , wie z.B. Asthma, rezidivierende oder chronische Bronchitis, Pneumonie, Lungentuberkulose oder andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>b.</b> am <b>Herzen</b> oder am <b>Blutgefäßsystem</b> , wie z.B. hohe Blutdruckwerte, Durchblutungsstörungen, Herzanfall, Herzfehler, Herzklopfen, Apoplexie, Phlebitis, Krampfadern oder andere Herzleiden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>c.</b> am <b>Nervensystem</b> , wie z.B. Epilepsie, Schwindel, Paralyse, Neuritis, Depression oder andere Geisteskrankheiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie je versucht Selbstmord zu begehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>d.</b> am <b>Verdauungsapparat</b> , wie zum Beispiel Hiatushernie, Magen- und Darmgeschwüre oder andere Erkrankungen des Magens oder der Därme, wie z.B. Entzündungen, Hämorrhagie, Hämorrhoiden, Gelbsucht, Leber-, Gallenblasenoder Pankreaserkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>e.</b> an den <b>Harnwegen</b> oder an den <b>Geschlechtsorganen</b> , wie z.B. an den Nieren, den Harnleitern, der Blase oder der Prostata; Blut oder Albumin im Urin oder andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>f.</b> am <b>Metabolismus</b> oder am <b>Blut</b> , wie z.B. Diabetes, erhöhter Cholesteringehalt, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen oder hormonale Störungen, Anemia, Koagulationsstörungen oder andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>g.</b> am <b>Immunsystem</b> , wie z.B. AIDS, HIV, durch Geschlechtsverkehr übertragbare Krankheiten, Hepatitis, Tropenkrankheiten oder andere infektiösen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>h.</b> an der <b>Haut</b> , wie z.B. Ekzem, Allergien, Psoriasis, Pilzinfektionen, Hautkrebs oder andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>i.</b> am <b>Bewegungsapparat</b> (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Intervertebralscheiben, Muskeln, Bänder und Sehnen), wie z.B. Erkrankungen des Rücken, des Nacken und der Schultern, Arthritis, Rheumatismus oder andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>j.</b> an den <b>Augen</b> , wie z.B. geringere Sehschärfe oder Refraktion, retinale Erkrankungen oder andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>k.</b> an den <b>Ohren</b> , Gehörprobleme, Inflammation oder andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>l.</b> <b>einer anderen Natur</b> , wie z.B. kongenitale Fehler, Missbildungen, Tumore, Krebserkrankungen usw.?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

	Antragsteller	Partner	Kind 1	Kind 2
<b>Name</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Geburtsdatum</b> (T - M - J)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>4.</b> Sind Sie infolge eines <b>Unfalls</b> , Verletzungen oder einer Vergiftung stationär behandelt oder operiert worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>5. a.</b> Sind Sie in einem Krankenhaus oder einer ähnlichen Einrichtung untersucht, behandelt oder operiert worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>b.</b> Wurde Ihnen mehr Ruhe, eine Diät, eine Entziehung oder eine andere Kur empfohlen oder ist eine solche Kur geplant?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>c.</b> Ist für Sie ein Krankenhausaufenthalt oder eine Operation geplant?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>d.</b> Sind Sie in den letzten 5 Jahren von einem der nachfolgenden Ärzten behandelt worden:				
• einem Psychotherapeuten? (z.B. einem Psychiater, einem Psychologen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• einem Chiropraktiker, einem Physiotherapeuten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>e.</b> Hat man Ihnen Arzneimittel für länger als 4 Wochen verschrieben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>f.</b> Sind Sie einer Strahlentherapie unterzogen worden (Röntgen oder radioaktiven Substanzen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>6.</b> Sind Sie in den letzten 5 Jahren einigen <b>speziellen Untersuchungen</b> so wie Röntgen, einer Computer-Tomographie, einer MRI, einer Ultraschall-Diagnostik, einem Echogramm, einem Elektrokardiogramm, einem Elektroenzephalogramm, einer Endoskopie oder anderen Tests unterzogen worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>7.</b> Sind Sie einem <b>AIDS-Test</b> unterzogen worden, wobei Sie (möglicherweise) HIV-positiv befunden sind?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>8. a.</b> Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>b.</b> Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>c.</b> Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>d.</b> Nehmen Sie Schmerzmittel, Schlaftabletten, Tranquillizer oder andere Arzneimittel ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>e.</b> Nehmen Sie Narkotika (Drogen) ein oder haben Sie welche eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>9. a.</b> Welchen <b>Arzt</b> haben Sie vor kurzem konsultiert?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>b.</b> Haben Sie in den letzten 5 Jahren Ärzte konsultiert, die Sie noch nicht erwähnt haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>c.</b> Geben Sie bitte den Namen des Arztes an, der am besten vertraut ist mit Ihrer Gesundheitslage	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>10. Für Antragsstellerinnen:</b>				
<b>a.</b> Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, ist die Schwangerschaft bis jetzt normal verlaufen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>b.</b> Haben Sie eine gynäkologische Krankheit odereine Brusterkrankung gehabt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>c.</b> Haben Sie sich einer Fertilitätsbehandlung unterzogen oder geplant?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

