

Angebotsfragebogen für eine private Krankenversicherung

Name:	Telefonnummer Mobil:	E-Mail:
Geburtsdatum:		
Familienstand:	Kinder:	
Gewünschter Selbstbehalt :		

Was ist Ihnen beim Arzt wichtig?	Kundenwunsch	Empfehlung
Freie Arztwahl		
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)		
Bis Höchstsatz (max. 3,5 fach)		
Über Höchstsatz (> 3,5 fach)		
Vorsorge über gesetzlich eingeführte Programme hinaus		
Erstattung von Vorsorge außerhalb des Selbstbehaltes		
Heilmittel: Erstattung Logopädie und Ergotherapie		
Verzicht auf Preisverzeichnis für Heilmittel		
Psychotherapie ohne Begrenzung der Sitzungszahl		
Heilpraktiker		
Weltweiter Versicherungsschutz (über 6 Monate hinaus)		
Was ist Ihnen im Krankenhaus wichtig?		
Freie Arztwahl		
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)		
Bis Höchstsatz (max. 3,5 fach)		
Über Höchstsatz (> 3,5 fach)		
Unterbringung im Ein-/oder Zwei-Bett-Zimmer		
Gemischte Krankenanstalten in Notfällen ohne Zusage		
Erstattung von stationärer Psychotherapie ohne Begrenzung		
Was ist Ihnen beim Zahnarzt wichtig?		
Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)		
Bis Höchstsatz (max. 3,5 fach)		
Über Höchstsatz (> 3,5 fach)		
Leistungen für Implantate		
Erstattung ohne Summenbegrenzung in den ersten Jahren		
Verzicht auf ein Preisverzeichnis für zahntechnische Leistungen		
Verdienstausschlag Krankentagegeld		
Krankentagegeld ab dem . Krankheitstag	€	€

Angebotsfragebogen für eine private Krankenversicherung

Was ist Ihnen bei künftigen Vertragsänderungen wichtig?		
Option auf spätere Höherversicherung ohne Gesundheitsprüfung		
Garantiertes Umwandlungsrecht in eine Zusatzversicherung		

Ort/Datum.....

Unterschrift.....

Freie Arztwahl

Privatpatienten haben freie Wahl unter den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten. Je nach Tarif können auch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden. Ein Arztwechsel ist jederzeit – auch ohne Überweisung – möglich.

Beim Hausarztprinzip soll die Erstbehandlung nur von bestimmten Ärzten (neben dem Hausarzt sind das in der Regel Augen-, Kinder-, Not-, Bereitschaftsärzte und Gynäkologen) erfolgen, die dann bei Bedarf eine Überweisung zu einem Facharzt ausstellen.

Wird ein Facharzt ohne Überweisung durch den Hausarzt aufgesucht, erfolgt eine geringere Erstattung.

Gebührenordnung für Ärzte

Das Arzthonorar für die Behandlung von Privatpatienten ist in der GOÄ geregelt. Die Höhe bemisst sich an den Punktzahlen und Punktwerten, sowie der Schwierigkeit, dem Zeitaufwand und den Umständen bei der Behandlung. In den meisten Fällen rechnen Ärzte den 2,3fachen Gebührensatz ab. Wenn besondere Umstände vorliegen (z.B. ein erhöhter Zeitaufwand durch Mehrfacherkrankungen), kann der Arzt mit schriftlicher Begründung auch bis zum 3,5fachen Satz abrechnen. Dieses sollte jeder Versicherungsschutz beinhalten.

Über den 3,5fachen Satz hinaus darf der Arzt nur nach vorheriger schriftlicher Honorarvereinbarung mit seinen Patienten abrechnen. In dieser Honorarvereinbarung wird der Versicherte auch darauf hingewiesen, dass die Versicherung eventuell die Kosten nicht komplett erstattet. Der Patient trägt dann das volle Restrisiko. Wer dieses Risiko ausschließen möchte, sollte auf einen Tarif mit Erstattung auch über die Höchstsätze hinaus achten.

Vorsorge

Die gesetzlich eingeführten Programme zur Vorsorge sind begrenzt auf Alter und Häufigkeit (z.B. Krebsvorsorge bei Männern ab dem 45. LJ, Hautkrebs-Screening alle 2 Jahre). Selbst medizinisch sinnvolle Vorsorgeuntersuchungen wie z.B. ein HIV-Test oder die Früherkennungsuntersuchung auf ein Glaukom werden nicht grundsätzlich von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

Heilmittel /Verzicht auf Preisverzeichnis für Heilmittel

Heilmittel sind physikalische Anwendungen wie z.B. Massagen und Krankengymnastik. Auch Ergotherapie und Logopädie zählt zu den Heilmitteln und sollte nicht nur für Kinder abgesichert werden. Bei Erwachsenen kann durch logopädische Behandlung z.B. Schlucken und Sprechen nach einem Schlaganfall erlernt werden. Die Leistungen sind erstattungsfähig, wenn sie durch Ärzte erbracht werden. Es ist jedoch wichtig, dass der Versicherer auf für die Erbringung durch staatliche geprüfte Angehörige von Heil- und Hilfsberufen (Krankengymnasten, Masseure, Ergotherapeuten, Logopäden) aufkommt.

Viele Versicherer erstatten Heilmittel „nach den üblichen, angemessenen Sätzen“. Es gibt jedoch auch Anbieter, die ein eigenes Preisverzeichnis für die Leistungen zugrunde legen. Dieses kann im Leistungsfall zu Eigenbeteiligungen führen, wenn es vor Behandlungsbeginn nicht mit dem Therapeuten kommuniziert wurde.

Beispiel:

Behandlung nach Schlaganfall bis zu 6.600 €
10 Monate Therapie, 3 Behandlungen/Woche, um sprechen zu lernen

Angebotsfragebogen für eine private Krankenversicherung

Psychotherapie ohne Begrenzung der Sitzungszahl

Ein umfassender Versicherungsschutz sollte die psychotherapeutischen Behandlung ohne Begrenzung der Sitzungszahl Erstatte, mindestens sollten aber 50 Sitzungen pro Jahr erstattungsfähig sein. Dieses bedeutet, dass der Versicherte bei einer Langzeittherapie einmal wöchentlich die Behandlung in Anspruch nehmen kann.

Beispiel:

Ambulante Psychotherapie : 4.022 €
Kind, Diagnose ADS, 40 Sitzungen
2,3facher Satz = 100,55 € pro Sitzung

Heilpraktiker

Wenn Ihnen die Behandlung durch Heilpraktiker wichtig ist, dann sollten Sie auf die Erstattungssätze achten. Denn auch für Heilpraktiker gibt es ein Gebührenverzeichnis (GebÜH). Der Rahmen wird durch Mindest- und Höchstbeträge vorgegeben. Eine Erstattung zu den Mindestsätzen bedeutet unter Umständen hohe Eigenanteile im Leistungsfall.

Im Krankenhaus

Freie Arztwahl

In den „allgemeinen Krankenhausleistungen“ ist die Behandlung durch den diensthabenden Arzt enthalten. Ob dieser bereits eine längere Schicht hinter sich hat und welche qualitativen Voraussetzungen er mitbringt, liegt im Ermessen der Klinik. Gerade im Krankenhaus besteht für den Patienten jedoch auch die Möglichkeit, sich durch einen erfahrenen und spezialisierten Arzt seines Vertrauens behandeln zu lassen.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Das Arzthonorar für die Behandlung von Privatpatienten ist in der GOÄ geregelt. Die Höhe bemisst sich an Punktzahlen und Punktwerten sowie der Schwierigkeit, dem Zeitaufwand und den Umständen bei der Ausführung der Leistung. In den meisten Fällen rechnen Ärzte den 2,3-fachen Satz ab. Wenn Besonderheiten (z.B. von der Norm abweichende Verwachsungen im Operationsgebiet und damit verbundene erhöhte Schwierigkeiten zur Durchführung der OP) vorliegen, kann der Arzt mit schriftlicher Begründung auch bis zum 3,5-fachen Satz abrechnen.

Über den 3,5-fachen Satz hinaus darf der Arzt nur nach vorheriger schriftlicher Honorarvereinbarung mit seinem Patienten abrechnen. In dieser Honorarvereinbarung wird der Versicherte auch darauf hingewiesen, dass die Versicherung eventuell die Kosten nicht komplett erstattet. Der Patient trägt das volle Restkostenrisiko. **Wer dieses Risiko ausschließen möchte, sollte auf die Erstattung auch über die Höchstsätze hinaus achten.** Gerade bei einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer schwerwiegenden Erkrankung, ist eine Absicherung bis zu den Höchstsätzen und darüber hinaus außerordentlich wichtig.

Beispiel:

Kosten für mehrfache Operationen an der Wirbelsäule		
Regelsatz	2,3-fach	5160,04 €
GOÄ – Höchstsatz	3,5-fach	7852,23 €
Über GOÄ – Höchstsatz	8,5-fach	19.069,68 €

Unterbringung

Stellen Sie sich vor, Sie müssen im Urlaub Ihr Hotelzimmer mit mehreren fremden Personen teilen. Ein äußerst unangenehmer Gedanke. Und im Krankenhaus? Gerade wenn es einem nicht gut geht, ist die **eigene Privat- und Intimsphäre unentbehrlich.**

Gemischte Krankenanstalten

„Gemischte Krankenanstalten“ sind Krankenhäuser, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen durchführen. Hier leisten die Versicherer nur nach vorheriger schriftlicher Zusage.

Bei planbaren Krankenhausaufenthalten ist vorher mit dem Versicherer zu klären, ob das gewünschte Krankenhaus unter den Versicherungsschutz fällt. **Bei Notfalleinweisungen sollte der Versicherer auf jeden Fall für die Behandlung aufkommen.**

Angebotsfragebogen für eine private Krankenversicherung

Psychotherapie

Abgesehen von Behandlungen in akuten psychischen Krisensituationen sind in der Regel langfristige Klinikaufenthalte erforderlich, um einen ausreichenden Behandlungserfolg bei psychischen Krankheiten zu erreichen. Diese Aufenthalte können 4 bis 6 Wochen, aber auch mehrere Monate notwendig sein. **Wichtig ist, dass Ihr Versicherungsschutz die Aufenthaltsdauer nicht begrenzt.**

Beispiel:

Stationäre Psychotherapie: 36.000 €
Diagnose Depression, Kosten für 3,5 Monate.

Beim Zahnarzt

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Das Zahnarzt Honorar für die Behandlung von Privatpatienten ist in der GOZ geregelt. Die Höhe bemisst sich an Punktzahlen und Punktwerten sowie der Schwierigkeit, dem Zeitaufwand und den Umständen bei der Behandlung. In den meisten Fällen rechnen Zahnärzte den 2,3-fachen Satz ab. Wenn besondere Umstände (z.B. krumme Wurzelkanäle) vorliegen, kann der Zahnarzt mit schriftlicher Begründung auch bis zum 3,5-fachen Satz abrechnen.

Über den 3,5-fachen Satz hinaus darf der Zahnarzt nur nach vorheriger schriftlicher Honorarvereinbarung mit seinem Patienten abrechnen. In dieser Honorarvereinbarung wird der Versicherte auch darauf hingewiesen, dass die Versicherung evtl. die Kosten nicht komplett erstattet. Der Patient trägt das volle Restkostenrisiko. **Wer dieses Risiko ausschließen möchte, sollte auf die Erstattung auch über die Höchstsätze hinaus achten.**

Beispiel:

Vorsorgeuntersuchung und Teilkrone	
Regelhöchstsat	2,3-fach
GOZ-Höchstsat	3,5-fach
	602,73 €
	769,78 €

Zahnersatz inklusive Implantate

Ihr Versicherungsschutz sollte **keine Einschränkungen auf die Ausführung, das Material und die Anzahl von erstattungsfähigen Implantaten** beinhalten.

Zahnstaffel

Zu den zahnärztlichen Leistungen gehören Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Die Versicherungsbeiträge sind kalkuliert für vorhersehbare versicherte Ereignisse. Gerade im zahnärztlichen Bereich kündigen sich notwendige Zahnersatzmaßnahmen aber oft lange vorher an. Zur Vermeidung gezielter Tarifaabschlüsse durch Personen mit bereits erkannter Sanierungsnotwendigkeit werden Zahnstaffeln – meist für die ersten Kalenderjahre des Versicherungsschutzes – vereinbart. **Wichtig ist für Sie, dass die Zahnstaffel bei unfallbedingtem Maßnahmen entfällt.**

Verdienstausschlagabsicherung bei längerer Krankheit

Krankentagegeld

Der Eintritt einer Erkrankung kann zu einem existenzbedrohenden Einkommensverlust führen. Dieses Risiko sollte durch eine bedarfsgerechte Krankentagegeldversicherung abgesichert werden.

Arbeitnehmer erhalten von Ihrem Arbeitgeber mindestens für 42 Tage Ihre gesetzliche Lohnfortzahlung. Nach diesen 6 Wochen trägt der Arbeitnehmer die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung alleine. Weiterhin muss auch der Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung zu 80 % (15,68 % vom Bruttoeinkommen alleine weitergezahlt werden.

Angebotsfragebogen für eine private Krankenversicherung

Diese Belastungen sollten in die Bemessung des Krankentagegeldes einfließen. Für Arbeitnehmer ergibt sich daher folgende Berechnung des Bedarfs:

Nettoeinkommen + PKV Beitrag gesamt + 15,68 % vom Bruttoeinkommen : 30 Kalendertage = Krankentagegeldbedarf.

Selbstständige erhalten keine Lohnfortzahlung und müssen daher – je nach Struktur ihres Betriebes – auch kürzere Arbeitsunfähigkeiten vollständig selbst überbrücken. Daher sollte je nach Vermögenslage das Krankentagegeld möglichst früh einsetzen und das durchschnittlich über die letzten 12 Monate erzielte Nettoeinkommen nicht unterschreiten.

Bei künftigen Änderungen des Versicherungsschutzes

Tarifwechsel/Wechsel des Selbstbehaltes

Eine Krankenversicherung ist eine Entscheidung fürs Leben. Da sich aber Ihre Bedürfnisse durch eine veränderte Lebenssituation dem Wunsch nach besseren Leistungen oder einer geringeren Prämie verändern, kann der Versicherungsschutz naturgemäß nicht „statisch“ sein. Aus diesem Grund haben Sie verschiedene Möglichkeiten, Ihren Versicherungsschutz bedarfsgerecht anzupassen und aus einem Tarif in einen anderen bzw. eine andere Tarilstufe zu wechseln. Ob und zu welchen Voraussetzungen Sie wechseln können, wird u.a. im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geregelt. **Noch flexibler sind Sie mit einem Optionstarif.**

GKV-Pflicht

Wechselt z.B. ein Selbstständiger in ein Angestelltenverhältnis, dann tritt die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ein und der Versicherungsschutz in der privaten Vollversicherung endet. Eine Umwandlung in eine Zusatzversicherung ist möglich. **Wichtig für Sie ist eine garantierte Reglung in den Bedingungen.**