Die fünf ChatGPT-Prompts

OPTIMAL ABSICHERN | Praxispaket | Version 1.0 – November 2026

Fünf aufeinander aufbauende, direkt kopierbare Arbeitsanweisungen. Jeden Prompt nach dem vorherigen Schritt in derselben Unterhaltung verwenden. Die Antworten stets anhand der Originaldokumente prüfen.

Schritt 1: Medizinische Unterlagen vollständig erfassen

Ziel und Nutzen

Vollständige Erfassung mit nachvollziehbaren Quellen und Ereignisnummern.

Prompt – vollständig kopieren

Du unterstützt mich ausschließlich bei der dokumentarischen Aufarbeitung meiner medizinischen Unterlagen. Arbeite nur mit den tatsächlich bereitgestellten Dokumenten. Wenn Dateien fehlen, nicht lesbar sind oder Seiten unvollständig erscheinen, benenne das ausdrücklich. Verwende keine internen Prüf- oder Testnotizen als medizinische Quelle.

AUFGABE A – Dokumenteninventar: Liste jedes ausgewertete Dokument mit Kennung, Dokumenttyp, Datum, Seitenumfang, behandelnder Stelle soweit angegeben und erkennbar abgedecktem Zeitraum auf. Markiere erkennbare Lücken.

AUFGABE B – Vollständige Ereignisliste: Erfasse alle einzelnen dokumentierten Arztkontakte, Beschwerden, Diagnosen, Untersuchungen, Befunde, Therapien, Verordnungen, Medikamentenangaben und Arbeitsunfähigkeitszeiten. Vergib fortlaufende eindeutige Ereignis-IDs E01, E02 usw. Nenne Datum oder dokumentierten Zeitraum, genaue Beschreibung, ICD-Code einschließlich G/V/Z/A soweit vorhanden, Art der Quelle, Dokumentkennung und Seite. Erfasse getrennte Kontakte auch getrennt. Bei einem Ereignis dürfen mehrere Belege verknüpft werden.

AUFGABE C – Belegqualität: Unterscheide ärztlichen Befund, Abrechnungseintrag, Verdachtsdiagnose, Selbstauskunft und fehlende Information. Eine Verordnung belegt nicht die tatsächliche Durchführung; ein Rezept belegt nicht die Einnahme. Eine AU ist gesondert zu erfassen. Ein fehlender Eintrag belegt keine Beschwerdefreiheit. Ergänze keine Diagnosen, Daten oder Verlaufsannahmen.

AUSGABE: 1. Dokumentenverzeichnis; 2. chronologische Ereignistabelle mit IDs und Seitenquellen; 3. gesonderte Übersicht zu Diagnosen, Medikamenten und AU, soweit vorhanden; 4. erste Liste unklarer Sachverhalte; 5. Vollständigkeitsprüfung mit Anzahl der erfassten Vorgänge je Dokument und Hinweis auf nicht auswertbare Stellen. Berücksichtige sämtliche Jahre unabhängig von versicherungsrechtlichen Abfragezeiträumen. Stelle keine medizinische oder versicherungsrechtliche Bewertung an.

Schritt 2: Die Gesundheitshistorie nach Themen ordnen

Ziel und Nutzen

Aus einzelnen Dokumenteneinträgen entsteht eine thematisch verständliche Gesundheitshistorie.

Prompt – vollständig kopieren

> Verwende die vollständige Ereignisliste aus Schritt 1 und die ursprünglichen Quellen. Fasse zusammengehörende Vorgänge zu einzelnen Gesundheitsthemen zusammen, ohne Einträge zu löschen, umzudeuten oder unterschiedliche Sachverhalte unzulässig zu verschmelzen.
>
> Erstelle für jedes Gesundheitsthema: (1) Bezeichnung; (2) erste und letzte dokumentierte Erwähnung; (3) Beschwerden und Anlass; (4) Diagnosen mit ICD-Code und Sicherheitshinweis; (5) Untersuchungen und Befunde; (6) verordnete und tatsächlich nachgewiesene Behandlungen; (7) verschriebene und nachweislich eingenommene Medikamente; (8) AU-Zeiten; (9) dokumentierter Verlauf und letzter belegter Status; (10) persönliche Angaben getrennt von medizinischen Belegen; (11) offene Fragen; (12) alle zugehörigen Ereignis-IDs mit Dokumentkennung und Seitenzahl.
>
> Kennzeichne den letzten Status als unbekannt, wenn kein belastbarer Nachweis vorliegt. Eine spätere Abrechnungsdiagnose darf nicht automatisch als erneuter Behandlungstermin gelten. Ein selbst berichtetes Ende von Beschwerden bleibt als Selbstauskunft gekennzeichnet.
>
> AUSGABE: Einleitende Themenübersicht, ausführliche Abschnitte je Thema und abschließende Kontrollmatrix aller Ereignis-IDs aus Schritt 1 mit ihrer thematischen Zuordnung. Weise auf unzugeordnete Ereignisse ausdrücklich hin. Keine Aussage über Versicherbarkeit oder Anzeigepflichten.

Schritt 3: Widersprüche, Unklarheiten und Lücken prüfen

Ziel und Nutzen

Unstimmigkeiten werden nachvollziehbar sichtbar, ohne voreilige Fehlerbehauptungen.

Prompt – vollständig kopieren

Prüfe die Gesundheitshistorie aus Schritt 2 erneut anhand der Originalquellen. Ziel ist die präzise Erkennung überprüfbarer Auffälligkeiten, nicht die Erzeugung möglichst vieler Warnungen.

Verwende die Kategorien W = tatsächlicher Widerspruch zwischen nicht gleichzeitig zutreffenden Angaben, U = Unklarheit mit mehreren möglichen Erklärungen, L = fehlende Dokumentation, P = sonstiger Prüfhinweis. Bevor du W vergibst, prüfe ausdrücklich, ob beide Angaben gleichzeitig richtig sein könnten. Beispiel: sechs Physiotherapiesitzungen verordnet, vier Sitzungen erinnert – kein zwingender Widerspruch. Beispiel: Rezeptdatum und erinnerter Einnahmebeginn – ebenfalls nicht zwingend widersprüchlich.

Prüfe insbesondere spätere Diagnoseeinträge ohne belegte Kontakte, abweichende Zeitangaben, Diagnosezusätze, fehlende Abschlussberichte, Unterschiede zwischen Erinnerung und Dokumentation, verordnete versus durchgeführte Maßnahmen, verschriebene versus eingenommene Medikamente sowie AU-Zeiten. Trenne nachgewiesene Fakten von Deutungen. Vermeide doppelte Prüfpositionen und fasse eng zusammengehörende Fragen zusammen.

AUSGABE: Tabelle mit Prüf-ID P01 usw., Gesundheitsthema, Kategorie, präziser Auffälligkeit, gegenüberstehenden Angaben, genauen Quellen und Seiten, gesichertem Kenntnisstand, fehlender Information und sinnvoller Klärungsrichtung. Anschließend kurze Übersicht der wichtigsten offenen Punkte und Kontrollvermerk zu allen Gesundheitsthemen. Keine automatische Diagnosekorrektur oder Versicherungsbewertung.

Schritt 4: Einen konkreten Klärungsplan erstellen

Ziel und Nutzen

Aus offenen Fragen entsteht eine abarbeitbare Liste mit konkreten Rückfragen.

Prompt – vollständig kopieren

Wandle die sachlich begründeten Prüfpositionen aus Schritt 3 in einen umsetzbaren Klärungsplan für mich als Verbraucher um. Fasse zusammengehörende Sachverhalte zusammen, damit nicht für jede kleine Abweichung eine neue Aufgabe entsteht.

Erstelle je Aufgabe eine Kennung K01 usw., das betroffene Thema, die Ausgangsquellen, die genaue offene Frage, die bereits gesicherten Fakten, die fehlende Information und den geeigneten Klärungsweg: A = eigene Erinnerung/Unterlagen, B = vorhandene Dokumente erneut prüfen, C = gezielte Rückfrage bei Arztpraxis, Krankenkasse oder anderer Stelle. Formuliere gegebenenfalls eine neutrale, direkt verwendbare Rückfrage. Priorisiere ausschließlich nach Bedeutung für die Vollständigkeit der Dokumentation, nicht nach vermuteter Annahmewahrscheinlichkeit beim Versicherer.

Führe die Statuswerte offen, in Klärung, geklärt und trotz Rückfrage ungeklärt. Erstelle eine Tabelle für Antworten mit Antwortdatum, Herkunft und Beleg. Neue Aussagen sind entweder als dokumentierter Nachweis oder als persönliche Auskunft zu kennzeichnen; sie dürfen ältere abweichende Informationen nicht stillschweigend überschreiben. Wenn ich später Antworten ergänze, aktualisiere den Klärungsplan und die betroffenen Abschnitte der Gesundheitshistorie unter Erhalt der ursprünglichen Quellen.

AUSGABE: Priorisierte Arbeitsliste, verständliche Fragen an mich und gegebenenfalls externe Stellen, Statusübersicht und kurze Anleitung zum späteren Nachtragen von Antworten. Keine Entscheidungen darüber, welche Angaben ein Versicherer verlangt.

Schritt 5: Den vollständigen Gesundheitsbericht erstellen

Ziel und Nutzen

Alle Ergebnisse werden zu einem prüfbaren Bericht für die Versicherungsberatung zusammengeführt.

Prompt – vollständig kopieren

Erstelle aus sämtlichen bisherigen Ergebnissen und gegebenenfalls später eingegangenen Antworten einen ausführlichen, quellenbasierten Abschlussbericht meiner Gesundheitshistorie. Er darf nur tatsächlich vorhandene Informationen enthalten. Falls weiterhin Klärungsaufgaben offen sind, führe sie ausdrücklich auf und kennzeichne den Bericht als Arbeitsfassung.

VERBINDLICHE REGELN: Keine erfundenen Diagnosen, Untersuchungen, Behandlungen, Einnahmen oder Zeiträume. ICD-Codes und G/V-Kennzeichen wortgetreu wiedergeben. Arztberichte, Abrechnungsdaten, persönliche Angaben und Unbekanntes unterscheiden. Verordnung ist nicht Durchführung; Rezept ist nicht Einnahme; fehlender Eintrag ist nicht Beschwerdefreiheit. Widersprüche und Änderungen mit ursprünglichen Quellen erhalten. Jeder wesentliche Sachverhalt benötigt Dokumentkennung und Seitenzahl. Keine eigenständige Auswahl nach Versicherungs-Abfragezeiträumen.

BERICHTSSTRUKTUR: A Dokumentenverzeichnis mit Grenzen des Materials; B Übersicht aller Gesundheitsthemen und Zeiträume; C ausführliche Gesundheitshistorie je Thema (Beschwerden, Diagnosen, Befunde, Behandlung, Medikamente, AU, Verlauf, persönliche Angaben, offene Fragen, Ereignis-IDs und Quellen); D chronologische Gesamttabelle der Diagnosen, Kontakte, Untersuchungen, Therapien, Verordnungen und AU; E geklärte und offene Sachverhalte mit Bearbeitungsstand; F Quellenverzeichnis; G Vollständigkeitsprüfung mit Kontrollmatrix sämtlicher E-IDs und späterer Ergänzungen; H maximal einseitige Zusammenfassung zur Vorbereitung der BU- oder PKV-Beratung.

Kontrolliere den Bericht nochmals direkt gegen das Dokumentenverzeichnis und die Ereignisliste. Benenne unlesbare, fehlende oder nicht geprüfte Informationen ausdrücklich. Schreibe klar und sachlich, sodass ich den Bericht nach Word übernehmen kann. Dies ist eine überprüfungsbedürftige dokumentarische Arbeitsfassung, keine medizinische Diagnose, keine verbindliche Antragsauskunft und keine fertige Risikovoranfrage. Entscheide nicht selbst, welche Gesundheitsangaben gegenüber einem konkreten Versicherer erforderlich sind.