

Beratung durch:

Hopfauer Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Luitpoldstraße 45 • 97421 Schweinfurt
Tel.: 09721 / 89044 • Fax: 09721 / 81603
info@hopfauer.de
http://www.hopfauer.de

Versicherungsnehmer:

Herr
Max Mustermann

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Persönlicher Ansprechpartner:

Herr Marco Hopfauer
Fax: 09721 / 4764862
marco@hopfauer.de

Zu versichernde Person	
Vorname, Nachname	Max Mustermann
Geburtsdatum	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen?	
1. Asthma, Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Häufiger Husten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Heuschnupfen, Stockschnupfen, Augenjucken	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Unverträglichkeit gegen bestimmte Nahrungsmittel mit Durchfall und/oder Erbrechen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Milchschorf, Säuglingsekzem	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Ekzem, Hautüberempfindlichkeit gegen bestimmte Substanzen, Nesselsucht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7. Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8. Sonstige Überempfindlichkeitsreaktionen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Detailangaben zu og. Krankheitserscheinungen	
Zu Nr. <input type="checkbox"/> Erstmaliges Auftreten: <input type="text"/> Häufigkeit: <input type="text"/> Intensität: <input type="text"/>	Die Beschwerden treten bzw. traten auf bei: <input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Umgang mit Tieren <input type="checkbox"/> körperlichen Anstrengungen <input type="checkbox"/> Genuss bestimmter Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> andere Gelegenheiten <input type="text"/>
Zu Nr. <input type="checkbox"/> Erstmaliges Auftreten: <input type="text"/> Häufigkeit: <input type="text"/> Intensität: <input type="text"/>	Die Beschwerden treten bzw. traten auf bei: <input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Umgang mit Tieren <input type="checkbox"/> körperlichen Anstrengungen <input type="checkbox"/> Genuss bestimmter Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> andere Gelegenheiten <input type="text"/>
Zu Nr. <input type="checkbox"/> Erstmaliges Auftreten: <input type="text"/> Häufigkeit: <input type="text"/> Intensität: <input type="text"/>	Die Beschwerden treten bzw. traten auf bei: <input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Umgang mit Tieren <input type="checkbox"/> körperlichen Anstrengungen <input type="checkbox"/> Genuss bestimmter Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> andere Gelegenheiten <input type="text"/>
Weitere Angaben	
Bestand oder besteht in Ihrer Familie eine der oben genannten Krankheiten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Streben Sie aus obigen medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel schon erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde schon ein Allergietest durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welcher? <input type="text"/>
Welche Allergien wurden Ihnen vom Arzt genannt?	<input type="text"/>

<p>Wurde bereits eine Hypo- bzw. Desensibilisierung durchgeführt oder ist eine solche Maßnahme geplant?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und mit welchem Erfolg?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<p>für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011</p>
<p>Mit welchen Medikamenten werden Sie derzeit behandelt?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>	
<p>Welche Ärzte haben Sie wegen einer allergischen Erkrankung aufgesucht?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	
<p>Waren Krankenhausaufenthalte nötig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
<p>Wurden Kuren durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>	
<p>Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, aus welchem Grund (gfls. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>	
<p>Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
<p>Unterschrift</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div> <p>_____ Ort, Datum, Unterschrift</p>	
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>		