

**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

<b>Zu versichernde Person</b>	
Vorname, Nachname	Max Mustermann
Geburtsdatum	
Beruf	
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere 
<b>Fragen zur Erkrankung</b>	
Um welche Hauterkrankung handelt es sich?	<input type="checkbox"/> Neurodermitis, atopisches Ekzem, endogenes Ekzem, Milchschorf <input type="checkbox"/> Schuppenflechte, Psoriasis <input type="checkbox"/> Kontaktekzem <input type="checkbox"/> Urtikaria, Nesselsucht, Quaddelsucht <input type="checkbox"/> Sonstige: 
Welche Körperstellen sind/waren betroffen?	<input type="checkbox"/> gesamter Körper (generalisiert) <input type="checkbox"/> Hände <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Ellenbogen <input type="checkbox"/> Kniegelenke <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> mit innerer Gelenkbeteiligung (Psoriasis arthropica)
Wie groß sind/waren die betroffenen Körperstellen erkrankt?	<input type="checkbox"/> kleiner 2 Euro-Stück <input type="checkbox"/> größer 2 Euro-Stück
<b>Fragen zum Behandlungsverlauf</b>	

<p>War oder ist eine Krankenhausbehandlung oder Kur erfolgt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann und wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<p>für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011</p>
<p>War oder ist eine ambulante Behandlung erfolgt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<p>Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	
<p>Werden oder wurden Medikamente eingenommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, welche, Dosierung und über welchen Zeitraum?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	
<p>Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	
<p><b>Allgemeine Fragen</b></p>		
<p>Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	
<p>Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<p><b>Unterschrift</b></p>	<p>_____</p> <p>Ort, Datum, Unterschrift</p>	
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>		