

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	
Beruf	
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere
Größe?	cm
Gewicht?	kg
Haben Sie in den letzten Jahren an Gewicht zugenommen / verloren?	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme ca. kg in den letzten Jahren <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust ca. kg in den letzten Jahren
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wie viel?
Fragen zur Erkrankung	
Welche Diagnose stellte der Arzt (z.B. Klappenfehler, Herzmuskelschaden, Herzmuskelentzündung, Angina pectoris, Herzinfarkt, hoher Blutdruck, Durchblutungsstörungen)?	

Trat die Erkrankung anfallsweise auf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , Zahl der Anfälle? <input type="text"/> Ca. Zeitdauer der Anfälle? <input type="text"/> Wann war der letzte Anfall? <input type="text"/>
Fragen zum Krankheitsverlauf	
War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>
War eine Sanatoriumskur erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>
Wurden Sie operiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann? <input type="text"/>
Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung <input type="checkbox"/> Elektrokardiogramm <input type="checkbox"/> Blutdruckmessungen <input type="checkbox"/> Oszillogrammaufzeichnung
Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?	<input type="text"/>
Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie jetzt vollkommen gesund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein , welche Beschwerden bestehen noch? <input type="text"/>
Allgemeine Fragen	
Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input type="text"/>

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>	für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011
Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben) <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange? <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
Unterschrift	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div> <hr style="width: 200px; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> Ort, Datum, Unterschrift	
Rev002 vom 21.10.2009		