

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
Vor der Implantierung	
Welche Beschwerden hatten Sie vor der Schrittmacherbehandlung?	<input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Herzgegend. Wenn ja , seit wann, wie, mit oder ohne Ausstrahlung?
Lagen bei Ihnen Risikofaktoren vor?	<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck. Wenn ja , wie hoch? <input type="checkbox"/> erhöhter Cholesterinspiegel. Wenn ja , wie hoch? <input type="checkbox"/> Raucher. Wenn ja , wie viele Zigaretten haben Sie durchschnittlich geraucht / rauchen Sie?
Wann wurde der Herzschrittmacher implantiert?	
Aus welchen Gründen wurde der Schrittmacher implantiert?	<input type="checkbox"/> Anfälle von Bewusstlosigkeit <input type="checkbox"/> vorliegender Herzklappenfehler <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen

Was für ein Schrittmacher wurde implantiert?	<input type="text"/>
Nach der Implantation	
Traten nach der Implantation Komplikationen auf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>
Wieviele Stockwerke können Sie ohne stehen zu bleiben ersteigen?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> mehr
Bestehen aktuell Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Herzgegend Wenn ja , seit wann, wie, mit oder ohne Ausstrahlung? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> geschwollene Beine <input type="checkbox"/> nächtlicher Harndrang <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Können Sie flach schlafen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mit wievielen Kopfkissen schlafen Sie?	<input type="text"/>
Schlafen Sie im Sitzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Welche Risikofaktoren liegen jetzt vor?	<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck. Wenn ja , wie hoch? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> erhöhter Cholesterinspiegel. Wenn ja , wie hoch? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Raucher Wenn ja , wie viele Zigaretten haben Sie durchschnittlich geraucht / rauchen Sie? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit. Wenn ja , halten Sie Diät? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nehmen Sie Tabletten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Spritzen Sie Insulin? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wieviele Einheiten tgl.? <input type="text"/>
Welche Medikamenten bekommen Sie, in welcher Menge und wie oft?	<input type="text"/>
Sind Sie voll arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein , wie stark sind sie eingeschränkt? <input type="text"/>

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Wo erfolgt die regelmäßige Schrittmacher-Überwachung?	<input type="text"/>
Allgemeine Fragen	
Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input type="text"/>
Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	<input type="text"/>
Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , aus welchem Grund (gfls. Grad der Behinderung angeben) <input type="text"/>
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? <input type="text"/>
Unterschrift	<hr/>
Rev002 vom 22.10.2009	Ort, Datum, Unterschrift

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011