

**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>	
Wie bezeichnete der Behandler die Verletzung?	
Wer behandelte Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung (Name und Anschrift)?	
Wie oft haben Sie in den letzten 36 Monaten einen Behandler aufgesucht?	
Welche Beschwerden hatten Sie?	
Seit wann hatten Sie diese Beschwerden?	
Welches Knie ist betroffen?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Sind die Kreuzbänder betroffen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde eine Miniskusentfernung / -teilentfernung vorgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
In welchem Zeitraum waren Sie in Behandlung oder Kontrolle?	von: .. bis: ..

Sind Sie aktuell noch in Behandlung oder Kontrolle?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär Wann und wo?
Wurden Sie operiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann und welche Operation?
Erhielten Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche?
Nehmen Sie die Medikamente noch?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlungen oder Bäder genutzt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , was und wieviele in den letzten 12 Monaten?
Wurden Ihnen Injektionen verabreicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wieviele in den letzten 12 Monaten?
Haben Sie sich anderer Behandlungen (z.B. Psychotherapie, Spiegelungen, usw.) unterzogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche? Ggf. Befund beilegen
Sind Sie jetzt beschwerdefrei?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , seit wann?  Wenn <b>nein</b> , welcher Art sind die Beschwerden?
Wurde Ihnen eine Operation empfohlen oder stehen noch Behandlungsmaßnahmen bzw. Kontrollen bevor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche?
Weswegen und wann waren Sie zum letzten Mal beim Arzt/Heilpraktiker?	
Was wurde festgestellt (Diagnose)?	
Name und Anschrift des Behandlers:	
<b>Unterschrift</b>	
	_____ Ort, Datum, Unterschrift

für  
Herrn  
Max Mustermann  
am 27.09.2011