

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
Fragen zur Erkrankung	
Leiden oder litten Sie unter mehr als einmal im Monat auftretenden oder länger als 6 Stunden anhaltenden Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja , wann erstmals? <input type="text"/> Wann zuletzt? <input type="text"/> Wie oft im Jahr? <input type="text"/> Mal Wie lange halten die Schmerzen an? <input type="text"/> Stunden Bestehen dabei oder danach weitere Beschwerden (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche? <input type="text"/>
Leiden oder litten Sie unter Schwindelzuständen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wann erstmals? <input type="text"/> Wann zuletzt? <input type="text"/> Wie oft im Jahr? <input type="text"/> Mal

<p>Leiden oder litten Sie unter Ohnmachten oder Krampfanfällen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wann erstmals? <input type="text"/> Wann zuletzt? <input type="text"/> Wie oft im Jahr? <input type="text"/> Mal</p>	<p>für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011</p>
<p>Leiden oder litten Sie unter Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, an: <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen wann erstmals? <input type="text"/> Ist eine Ursache bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="text"/></p>	
<p>Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren unter Reizbarkeitszuständen oder Verstimmungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wann erstmals? <input type="text"/> Wann zuletzt? <input type="text"/> Wie oft im Jahr? <input type="text"/> Mal</p>	
<p>Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren unter Erschöpfungszuständen oder Schlafstörungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wann erstmals? <input type="text"/> Wann zuletzt? <input type="text"/> Wie oft im Jahr? <input type="text"/> Mal</p>	
<p>Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche? <input type="text"/></p>	
<p>Fragen zur Behandlung und Diagnose</p>		
<p>Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Name und Anschrift sowie Datum der ersten und letzten Untersuchung angeben: <input type="text"/></p>	
<p>Wurde eine bildgebende Diagnostik diesbezüglich durchgeführt? (Z.B. Röntgen, Kernspintomographie, Ultraschalluntersuchung)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche Untersuchung wurde durch welchen Arzt mit welchem Ergebnis durchgeführt? Wenn möglich Befund beilegen! <input type="text"/></p>	

<p>Wurden Elektroenzephalogramme (EEG), testpsychologische Untersuchungen oder andere Hirnleitungstests durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche Untersuchung wurde durch welchen Arzt mit welchem Ergebnis durchgeführt? Wenn möglich Befund beilegen!</p>	<p>für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011</p>
<p>Wie bezeichnete der Arzt das Leiden?</p>	<p></p>	
<p>Fragen zum Krankheitsverlauf</p>		
<p>Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche und wann?</p>	
<p>War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo?</p>	
<p>War eine Sanatoriumskur erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo?</p>	
<p>Wie wurde / wird ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Medikamente: Welche Medikamente werden /wurden wie oft täglich und in welchem Zeitraum eingenommen?</p> <p><input type="checkbox"/> Therapien: Welche Therapien werden /wurden wie oft wöchentlich und in welchem Zeitraum in Anspruch genommen?</p>	
<p>Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand</p>		

<p>Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Schädel- oder Gehirnschäden, Schlafstörungen, Angstzustände)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<p>für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011</p>
<p>Haben die Beschwerden / Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<p>Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wie oft und in welchen Zeiträumen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<p>Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, für welche Tätigkeit?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
<p>Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen psychischen Belastungen oder Stress ausgesetzt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, beschreiben Sie bitte die näheren Umstände</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<p>Unterschrift</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>_____ Ort, Datum, Unterschrift</p>	
<p>Rev001 vom 18.11.2010</p>		