

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	
Wie wurde das Gallen- oder Leberleiden ärztlicherseits bezeichnet?	
Haben Sie an Gallensteinen gelitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann?
Wie oft und zu welchen Zeiten sind Koliken aufgetreten?	
Haben Sie an Gallenblasenentzündung gelitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann?
Wurde die Gallenblase operativ entfernt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann?
Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wurde eine Leberschwellung festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann? <input type="text"/>
Bestand Gelbsucht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , von wann bis wann? <input type="text"/>
Besteht jetzt noch eine Leberschwellung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie jetzt noch Gallen- oder Leberbeschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Können Sie alle Speisen vertragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche nicht? <input type="text"/>
Halten sie eine Diät ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Werden aktuell noch Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche, Dosierung und über welchen Zeitraum? <input type="text"/>
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"/>
Wurde eine Leberpunktion vorgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>
Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input type="text"/>

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) <input type="text"/>	für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011
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/> Ort, Datum, Unterschrift	
Rev0020 vom 21.10.2009		