

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?	<input type="checkbox"/> cm
Gewicht?	<input type="checkbox"/> kg
Haben Sie in den letzten Jahren an Gewicht zugenommen / verloren?	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme ca. <input type="checkbox"/> kg in den letzten <input type="checkbox"/> Jahren <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust ca. <input type="checkbox"/> kg in den letzten <input type="checkbox"/> 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. trockene oder feuchte Brustfellentzündung, Empyem, Lungenentzündung, Bronchitis, Bronchiektasen, Emphysem, Geschwulst)?	

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

<p>War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>War eine Sanatoriumskur erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Wurden Operationen durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann, wo und mit welchem Ergebnis?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Ist eine Operation vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Sind Sie jetzt vollkommen gesund?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit <input style="width: 40px;" type="text"/> Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Werden Sie röntgenologisch überwacht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann zuletzt und mit welchem Befund?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Allgemeine Fragen</p>	
<p>Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?

nein ja

Wenn **ja**, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift