

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 die Nerven- bzw. Gemütskrankung ärztlicherseits bezeichnet?	
Wodurch wurde das Leiden verursacht?	
Wie äußerte es sich (z.B. Kopfschmerzen, Zittern, Schwindel, Ohnmacht, Lähmungen, Erregbarkeit, Krämpfe, Depressionen)?	
Nähere Angaben hinsichtlich Art, Häufigkeit und Zeitpunkt der Erscheinungen.	
Fragen zum Krankheitsverlauf	
War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo?

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

<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;"></div>
<p>Wurden Blutuntersuchungen vorgenommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann zuletzt und mit welchem Ergebnis?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?</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 Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></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: 40px;"></div>
<p>Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></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;"></div>
<p>Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>Unterschrift</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>_____ Ort, Datum, Unterschrift</p>
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	