

**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>	
Unter welchen Beschwerden/Symptomen litten bzw. leiden Sie?	
In welchem Zeitraum?	
Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung? (z.B. reaktive Depression, etc.)	
Wann trat die Erkrankung erstmals auf?	
Welche Ursachen können Sie für Ihre Beschwerden nennen (z.B. berufliche oder innerfamiliäre Probleme, starken Stress, Konfliktsituationen, o.ä.)?	
Sind diese Ursachen inzwischen behoben oder besteht Aussicht auf Besserung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte nähere Angaben 

<p>Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, seit wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Sind Rückfälle aufgetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Angaben</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Handelt es sich um ein chronisches, immer wiederkehrendes Leiden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann und wie oft traten bisher Schübe auf und wie lange dauerten die Beschwerden im Allgemeinen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>Werden/wurden Sie mit Medikamenten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, von wann bis wann, mit welchen Präparaten und Dosierung?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung bzw. Kontrolle?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, bitte Anschrift des Behandlers und Datum der letzten Behandlung/Kontrolle</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Befanden Sie sich wegen dieser Erkrankung jemals in stationärer Heilbehandlung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Angaben</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Nehmen Sie Alkohol zu sich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, was und wieviel pro Woche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

für  
Herrn  
Max Mustermann  
am 27.09.2011

Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

nein  ja

Wenn **ja**, bitte Zeiträume angeben

für  
Herrn  
Max Mustermann  
am 27.09.2011

Ist Ihnen in Verbindung mit Ihrer Erkrankung ein Berufs- bzw. Tätigkeitswechsel angeraten worden?

nein  ja

Wenn **ja**, welcher Berufs/Tätigkeitsbereich?

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift