

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	
Von wann bis wann litten Sie an einer Rippenfellentzündung?	
Welcher Art war die Rippenfellentzündung (z.B. eitrig, feucht, trocken)?	
War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo?
War eine Sanatoriumskur erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo?
Wurden Sie operiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo?

Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurden Rippen entfernt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wie viele? <input type="text"/>
Haben Sie seit der Rippenfellentzündung an einer Erkrankung der Atmungsorgane gelitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , an welcher und wann? <input type="text"/>
Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie jetzt vollkommen gesund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein , welche Beschwerden bestehen noch? <input type="text"/>
Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?	<input type="text"/>
Stehen Sie noch unter ärztlicher Beobachtung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bei welchem Arzt? <input type="text"/>
Allgemeine Fragen	
Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input type="text"/>
Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	<input type="text"/>
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"/>
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"/>

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Unterschrift

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Ort, Datum, Unterschrift

Rev002 vom 21.10.2009