

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 <input type="text"/>
Größe	<input type="text"/> cm
Gewicht	<input type="text"/> kg
Rauchen Sie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wie viel? <input type="text"/>
Fragen zur Erkrankung	
Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?	<input type="text"/>
Welche Beschwerden/Symptome bestanden bzw. bestehen?	<input type="text"/>
Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? Wann zuletzt?	<input type="text"/>
Fragen zur Behandlung	

Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt?		für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011
Wie wurde/wird behandelt? (bei Medikamenten bitte Namen und Dosierung angeben)		
Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?		
Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?		
Allgemeine Fragen		
Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift 	
Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?		
Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , aus welchem Grund (gfls. Grad der Behinderung angeben) _____	
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? _____	
Sind Sie aktuell behandlungs- und beschwerdefrei?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein , welche Beschwerden / Behandlungen bestehen aktuell? _____	
Unterschrift	_____ Ort, Datum, Unterschrift	
Rev001 vom 16.11.2010		