

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	
Von wann bis wann haben Sie an einer Lungentuberkulose gelitten?	
Haben oder hatten Sie blutigen Auswurf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann?

Sind jemals Tuberkelbazillen gefunden worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann? <input type="text"/>
Fragen zur Behandlung	
War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>
War eine Sanatoriumskur erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>
Wurde ein Pneumothorax angelegt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann, besteht er noch, wann war die letzte Nachfüllung? <input type="text"/>
Wurden Operationen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann, wo und mit welchem Ergebnis? <input type="text"/>
Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Folgen der Lungentuberkulose zurückgeblieben (z.B. Atembeschwerden, Schmerzen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>
Sind Sie jetzt vollkommen gesund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit <input type="text"/> 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"/>

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

<p>Wann, von wem und mit welchem Befund wurden Sie zuletzt geröntgt?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<p>für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011</p>
<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: 50px;"></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: 30px;"></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> <hr style="width: 100%;"/> <p>Ort, Datum, Unterschrift</p>	
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>		