

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HENGSTENBERG & PARTNER GmbH
 Versicherungsmakler
 Sendlinger-Tor-Platz 11 • 80336 München
 Tel.: 089 - 54838-0
 Fax: 089 - 54838-199
 willkommen@hbup.de
 http://www.hbup.de

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Zu versichernde Person	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/> <input type="text"/>
1.2. Geburtsdatum	<input type="text"/>
1.3. Beruf	<input type="text"/>
1.4. 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"/>
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Bestehen oder bestanden die Augenerkrankungen oder Beeinträchtigungen des Sehvermögens?	<input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> nur links <input type="checkbox"/> nur rechts
2.2. Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. unscharfes Sehen, Augenzittern, Schielen, Doppelbildwahrnehmung Störungen des Dämmerungssehens (Nachtblindheit) oder des Farbsinns, Wahrnehmung von Lichtblitzen oder Schatten im Auge, Blendungsempfindlichkeit, Schmerzen, Gesichtsfeldverlust?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann erstmal? <input type="text"/> Wann zuletzt? <input type="text"/> Welche Beschwerden, in welchen Abständen? <input type="text"/>
2.3. Gibt es Auslöser für die Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche? <input type="text"/>

<p>2.4. Haben Sie aufgrund der Erkrankung oder der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler. Bitte Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja,</p> <p>1. Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten: <input type="text"/> erstmal aufgesucht am <input type="text"/> zuletzt aufgesucht am <input type="text"/></p> <p>2. Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten: <input type="text"/> erstmal aufgesucht am <input type="text"/> zuletzt aufgesucht am <input type="text"/></p>
<p>2.5. Unter welchen Augenerkrankungen bzw. Sehstörungen leiden oder litten Sie?</p>	<p><input type="text"/> Wann erstmals? <input type="text"/> Wann zuletzt? <input type="text"/></p>
<p>2.6. Sind die Erkrankungen/ Sehstörungen</p>	<p><input type="checkbox"/> angeboren? <input type="checkbox"/> Folge einer anderen Erkrankung? <input type="checkbox"/> unfallbedingt? <input type="checkbox"/> sonstiger Ursache? Welcher?</p>
<p>2.7. Welche Untersuchungen wurden aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden bei Ihnen durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Untersuchung der Sehschärfe: Wann? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> mit Korrektur besteht die volle Sehschärfe beidseitig <input type="checkbox"/> mit Korrektur besteht die volle Sehschärfe nur links <input type="checkbox"/> mit Korrektur besteht die volle Sehschärfe nur rechts <input type="checkbox"/> trotz Korrektur besteht keine volle Sehschärfe beidseitig <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Messung des Augeninnendrucks: Wann? <input type="text"/> Mit welchem Ergebnis? <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Untersuchung des Gesichtsfeldes: Wann? <input type="text"/> Mit welchem Ergebnis? <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Untersuchung des Augenhintergrundes: Wann? <input type="text"/> Mit welchem Ergebnis? <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> andere augenärztliche Untersuchung: Wann? <input type="text"/> Mit welchem Ergebnis? <input type="text"/></p>

<p>2.8 Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und wann <input type="text"/></p> <input type="text"/>
<p>2.9 Falls ein Sehfehler besteht:</p>	<p>Wird eine Brille und/oder Kontaktlinsen getragen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie hat sich die Stärke der zum Ausgleich des Sehfehlers benötigten Sehhilfen (Brille/Kontaktlinsen) in den letzten 5 Jahren geändert? Dioptrienzahl rechts <input type="text"/> links <input type="text"/> (Falls Brillenpass vorhanden, bitte Kopie beifügen)</p>
<p>2.10 Sind Laserbehandlungen der Augen durchgeführt worden oder vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und wann <input type="text"/></p> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> der Netzhaut (Augenhintergrund) <input type="checkbox"/> der Hornhaut (Korrektur eines Sehfehlers, z. B. LASIK) <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> nur links <input type="checkbox"/> nur rechts Dioptrienzahl vor der Laserbehandlung rechts <input type="text"/> links <input type="text"/> Wo? (Name und Anschrift der Ärzte / des Krankenhauses) <input type="text"/> (Befunde bitte beilegen)
<p>2.11 Sind Operationen der Augen durchgeführt worden oder vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und wann</p> <input type="text"/> Wo? (Name und Anschrift der Ärzte/des Krankenhauses) <input type="text"/> (Befunde bitte beilegen)
<p>2.12 Wie wurde ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Augentropfen, Name <input type="text"/> von <input type="text"/> bis <input type="text"/> Wie oft täglich? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> andere Therapien von <input type="text"/> bis <input type="text"/> Wie oft wöchentlich? <input type="text"/></p>
<p>2.13 Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Sehstörungen trotz Korrektur mit Brille oder Kontaktlinsen, Kopfschmerzen bei hoher Sehanforderung, eingeschränktes Lesevermögens)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> <input type="text"/>

<p>2.14 Haben die Beschwerden/Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, zu welchen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>2.15 Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? <input type="text"/></p> <p>von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/></p> <p>von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/></p>
<p>2.16 Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Lupen oder spezielle Sehhilfen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>2.17. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, empfohlene Tätigkeit:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>2.18 Werden in der Ausübung Ihres Berufes besondere Anforderungen an das Sehvermögen gestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, bitte beschreiben Sie die näheren Umstände</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>2.19 Benutzen Sie einen Computer?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie viele Stunden pro Tag durchschnittlich? <input type="text"/></p>
<p>2.20 Welcher Arzt ist am Besten über die Erkrankung informiert?</p>	<p>Name und Anschrift des Arztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>3. Allgemeine Fragen</p> <p>Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen</p>	
<p>3.1. Nehmen Sie aktuell Medikamente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>3.2. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>3.3. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>

<p>3.4. 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: 20px; width: 100%;"></div>
<p>3.5. 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: 20px; width: 100%;"></div>
<p>4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</p>	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p>Datum, Unterschrift</p>
<p>Interne Notizen</p>	
<p>Mitarbeiter: <input style="width: 100%;" type="text"/> Datum : <input style="width: 100%;" type="text"/> Uhrzeit: von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p>Rev001 vom 22.02.2013</p>	