

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"/>
1.5. Größe	<input type="text"/> cm
1.6. Gewicht	<input type="text"/> kg
1.7. Haben Sie in den letzten Jahren an Gewicht zugenommen / verloren?	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme ca. <input type="text"/> kg in den letzten <input type="text"/> Jahren <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust ca. <input type="text"/> kg in den letzten <input type="text"/> Jahren
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Seit wann ist Ihnen bekannt, dass Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit) leiden?	<input type="text"/>
2.2. Welche Form des Diabetes liegt vor (z. B. Typ 1 oder 2, Schwangerschaftsdiabetes, usw.)?	<input type="text"/>
2.3. Stehen Sie wegen Ihrer Zuckerkrankheit in (fach-)ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann haben Sie Ihren Arzt zuletzt aufgesucht? <input type="text"/>

<p>2.4. Wurden Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche und wann? <input type="text"/></p>
<p>3. Fragen zum Krankheitsverlauf</p>	
<p>3.1. Hatten Sie jemals Aceton im Urin?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="text"/></p>
<p>3.2. Ist bei Ihnen jemals eine Diabetes-bedingte Komplikation (z. B. Hypo- oder Hyperglykämien, Koma) aufgetreten? Bestehen aktuell noch Beschwerden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche und wann? <input type="text"/></p>
<p>3.3. Sind bei Ihnen Schockzustände aufgetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="text"/></p>
<p>3.4. Halten Sie regelmäßig eine Diät ein?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, seit wann? <input type="text"/></p>
<p>3.5. Werden Sie mit Insulin behandelt oder haben Sie sich selbst damit behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welches Präparat verwenden Sie mit welcher Dosis pro Tag? <input type="text"/></p>
<p>3.6. Wird Ihre Zuckerkrankheit mit Tabletten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welches Präparat nehmen Sie? <input type="text"/></p>
<p>3.7. Wann wurde zuletzt eine Urinuntersuchung bei Ihnen vorgenommen?</p>	<p><input type="text"/> Mit welchem Ergebnis? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Eiweiß oder Aceton wurde festgestellt <input type="checkbox"/> Eiweiß oder Aceton wurde nicht festgestellt</p>
<p>3.8. Wann wurde zuletzt eine Blutzuckeruntersuchung bei Ihnen vorgenommen?</p>	<p><input type="text"/> Mit welchem Ergebnis? Nüchtern-Blutzucker <input type="text"/> <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l HbA1 <input type="text"/> % HbA1C <input type="text"/> %</p>
<p>3.9. Wurde bei Ihnen ein hoher Blutdruck gemessen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und welche Blutdruckwerte wurden gemessen? <input type="text"/></p>

3.10. Wurde bei Ihnen eine Augenhintergrunduntersuchung vorgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und mit welchem Ergebnis? <input type="text"/>
3.11. Erfolgte weitere Untersuchungen (z. B. Röntgen, sonstiges Labor)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und mit welchem Ergebnis? <input type="text"/>
4. Allgemeine Fragen	Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen
4.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input type="text"/>
4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	<input type="text"/>
4.3. Wurden in letzter Zeit Operationen durchgeführt bzw. war ein Krankenhausaufenthalt erforderlich? Sind Operationen angedacht/geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte nähere Erläuterungen: <input type="text"/>
4.4. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten andere Medikamente verordnet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche und wann? <input type="text"/>
4.5. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , aus welchem Grund? (ggf. Grad der Behinderung angeben) <input type="text"/>
4.6. 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"/>
5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen, z. B. zu etwaigen Folgeerkrankungen	<input type="text"/>

Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.

Datum, Unterschrift

Interne Notizen

Mitarbeiter:
Datum :
Uhrzeit: von bis

telefonische Erfassung schriftliche Kundenangaben
 persönliche Besprechung
 im Maklerbüro beim Kunden