

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:**

<b>1. Zu versichernde Person</b>	
1.1. Vorname, Nachname	<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"/>
<b>2. Fragen zur Erkrankung</b>	
2.1. Um welche Hauterkrankung handelt es sich?	<input type="checkbox"/> Neurodermitis, atopisches Ekzem, endogenes Ekzem, Milchschorf <input type="checkbox"/> Schuppenflechte, Psoriasis <input type="checkbox"/> Kontaktekzem <input type="checkbox"/> Urtikaria, Nesselsucht, Quaddelsucht <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/>
2.2. Welche Körperstellen sind/waren betroffen?	<input type="checkbox"/> geamter Körper (generalisiert) <input type="checkbox"/> Hände <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Ellenbogen <input type="checkbox"/> Kniegelenke <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> mit innerer Gelenkbeteiligung (Psoriasis arthropica)
2.3. Wie groß sind/waren die betroffenen Körperstellen erkrankt?	<input type="checkbox"/> kleiner 2 Euro-Stück <input type="checkbox"/> größer 2 Euro-Stück <input type="text"/>

<b>3. Fragen zum Behandlungsverlauf</b>	
3.1. War oder ist eine Krankenhausbehandlung oder Kur erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann und wo? <input type="text"/>
3.2. War oder ist eine ambulante Behandlung erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche? <input type="text"/>
3.3. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.4. Werden oder wurden Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche, Dosierung und über welchen Zeitraum? <input type="text"/>
3.5. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input type="text"/>
<b>4. Allgemeine Fragen</b>	Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen
4.1. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben) <input type="text"/>
4.2. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange? <input type="text"/>
<b>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b>	<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