

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
1.8. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wie viel? <input type="text"/>
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Welche Diagnose stellte der Arzt (z.B. Klappenfehler, Herzmuskelschaden, Herzmuskelentzündung, Angina pectoris, Herzinfarkt, hoher Blutdruck, Durchblutungsstörungen)?	<input type="text"/>

<p>2.2. Trat die Erkrankung anfallsweise auf?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Zahl der Anfälle? <input type="text"/> Ca. Zeitdauer der Anfälle? <input type="text"/> Wann war der letzte Anfall? <input type="text"/></p>
<p>3. Fragen zum Krankheitsverlauf</p>	
<p>3.1. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo? <input type="text"/></p>
<p>3.2. War eine Sanatoriumskur erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo? <input type="text"/></p>
<p>3.3. Wurden Sie operiert?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="text"/></p>
<p>3.4. Ist eine Operation vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.5. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung <input type="checkbox"/> Elektrokardiogramm <input type="checkbox"/> Blutdruckmessungen <input type="checkbox"/> Oszillogrammaufzeichnung</p>
<p>3.6. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>3.7. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.8. Sind Sie jetzt vollkommen gesund?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch? <input type="text"/></p>
<p>4. Allgemeine Fragen</p>	
<p>4.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen</p> <p>Name, Anschrift <input type="text"/></p>

<p>4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 70px;"></div>
<p>4.3. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>
<p>4.4. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></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> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
<p>Interne Notizen</p>	
<p>Mitarbeiter: <input type="text"/></p> <p>Datum : <input type="text"/></p> <p>Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung</p> <p><input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	