

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"/> <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. Seit wann bestehen Schilddrüsenbeschwerden und welcher Art waren / sind diese?	<input type="text"/>
2.2. Wie bezeichnete der Arzt die Erkrankung?	<input type="text"/>
2.3. Welcher Arzt hat die Erkrankung festgestellt (Name, Anschrift und Diagnosedatum)?	<input type="text"/>
2.4. Wurde Morbus Basedow oder Hashimoto-Syndrom diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , <input type="checkbox"/> Morbus Basedow <input type="checkbox"/> Hashimoto-Syndrom
2.5. Haben Sie Beschwerden/Symptome wie z.B. Atemnot, Heiserkeit, Beängstigungen, Vordrängung der Augäpfel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche? <input type="text"/>

2.6. Leiden Sie an Pulsbeschleunigung oder Herzklopfen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.7. Ist der Kropf in den letzten Jahren gewachsen oder zum Stillstand gekommen?	<input type="checkbox"/> gewachsen <input type="checkbox"/> zum Stillstand gekommen
2.8. Ist eine Operation zu erwarten bzw. vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.9. Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? (Name, Anschrift und Datum der letzten Behandlung)	<input type="text"/>
2.10. Welche Untersuchungen wurden dabei durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Blutuntersuchung <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Radiojodtest <input type="checkbox"/> Punktion <input type="checkbox"/> Szintigraphie
2.11. Welche und welche Dosis Medikamente nehmen Sie pro Tag?	<input type="text"/>
2.12. Welche Behandlungen werden aktuell durchgeführt?	<input type="text"/>
2.13. Welche Behandlungen sind zu erwarten bzw. vorgesehen?	<input type="text"/>
<b>3. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b>	<input type="text"/>
<b>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</b>	<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>
<b>Interne Notizen</b>	
Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<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 type="text"/>