

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. 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 ja , <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 ja , 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"/> |
| 3. Sonstige Hinweise und Erläuterungen | <input type="text"/> |
| Einverständniserklärung zur Datenweitergabe | <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> |
| Interne Notizen | |
| 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"/> |