

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. Unter welcher/n Erkrankung(en) oder Beschwerden seitens der Wirbelsäule leiden bzw. litten Sie?	<input type="text"/>

<p>2.2. Welche Ursachen sind Ihnen für Ihre Wirbelsäulenerkrankung/-beschwerden bekannt (Mehrfachnennungen mgl.)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Degenerative Veränderungen ("Verschleiß") <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall <input type="checkbox"/> Angeborene Wirbelsäulenveränderungen <input type="checkbox"/> Hüftgelenksveränderungen <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverkrümmung <input type="checkbox"/> Schleudertrauma <input type="checkbox"/> Zerrung, Verstauchung <input type="checkbox"/> Blockierungen <input type="checkbox"/> Wirbelbruch, sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann (Brustwirbelsäule) <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann (Lendenwirbelsäule) <input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz (<input type="text"/> cm) <input type="checkbox"/> Überlastung des Rückens (Beruf, Sport, Sonstiges) <input type="checkbox"/> Ursache nicht bekannt <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache: <input style="width: 100%;" type="text"/>
<p>2.3. Bestehen zur Zeit Beschwerden oder Folgen seitens der Wirbelsäulenerkrankung?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nein - keine Beschwerden seit: <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> ja - folgende Beschwerden: <input style="width: 100%;" type="text"/>
<p>2.4. Die Wirbelsäulenerkrankung/-beschwerden treten bzw. traten auf:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> vor dem 30. Lebensjahr <input type="checkbox"/> nach dem 30. Lebensjahr <input type="checkbox"/> einmalig am <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 1 - 3 mal in den letzten 2 Jahren. <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> mehr als 3 mal in den letzten 2 Jahren. <input style="width: 50px;" type="text"/>
<p>2.5. Bestehen daneben weitere Krankheitserscheinungen (Mehrfachnennungen mgl.)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden, Gicht <input type="checkbox"/> entzündliche Gelenkveränderungen <input type="checkbox"/> Nervenschmerzen <input type="checkbox"/> sonstige <input style="width: 100%;" type="text"/>
<p>2.6. Wie wurden Sie oder werden Sie behandelt (Mehrfachnennungen mgl.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nie behandelt <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Injektionen, Neuraltherapie <input type="checkbox"/> Chirotherapie <input type="checkbox"/> Ultraschallbehandlung <input type="checkbox"/> Bestrahlung, Fango <input type="checkbox"/> Rückenstützmieder <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Rückenschule <input type="checkbox"/> Massagen <input type="checkbox"/> Schuheinlagen <input type="checkbox"/> Operation am <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Sonstige Behandlung <input style="width: 100%;" type="text"/>
<p>2.7. Ist eine Operation vorgesehen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<p>2.8 War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.9. War eine Sanatoriumskur erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.10. Wurden spezielle Untersuchungen wegen der Wirbelsäulenerkrankung-/beschwerden durchgeführt (Mehrfachnennungen mgl.)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?</p> <p><input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung <input type="checkbox"/> Computertomographie</p> <p><input type="checkbox"/> Kernspintomographie</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3. Allgemeine Fragen</p>	<p>Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen</p>
<p>3.1. Ihre Körpergröße und Gewicht</p>	<p><input type="text"/> cm, <input type="text"/> kg</p>
<p>3.2. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>3.3. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>3.4. 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; width: 100%;"></div>
<p>3.5. Waren Sie wegen der genannten Wirbelsäulenerkrankung in den letzten 5 Jahren länger als 5 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.6 Ist Ihnen in Verbindung mit Ihren Wirbelsäulenbeschwerden ein Berufs- bzw. Tätigkeitswechsel angeraten worden oder beabsichtigen Sie diesen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, angeratener Berufs-/Tätigkeitsbereich</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>3.7. Treiben Sie Sport?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, welche Sportart und wie oft pro Woche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
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"/>
Rev004 vom 28.07.2017	