

Beratung durch:

Hopfauer Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Luitpoldstraße 45 • 97421 Schweinfurt
Tel.: 09721 / 89044 • Fax: 09721 / 81603
info@hopfauer.de
http://www.hopfauer.de

Versicherungsnehmer:

Herr
Max Mustermann

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Persönlicher Ansprechpartner:

Herr Marco Hopfauer
Fax: 09721 / 4764862
marco@hopfauer.de

Zu versichernde Person	
Vorname, Nachname	Max Mustermann
Geburtsdatum	
Beruf	
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Fragen zur Erkrankung	
Seit wann besteht der Kropf?	<input type="text"/>
Wie groß ist Ihr Halsumfang (über dem höchsten Punkt des Kropfes gemessen)?	<input type="text"/> cm
Haben Sie durch den Kropf Beschwerden (z.B. Atemnot, Heiserkeit, Angstzustände)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>
Sind bei Ihnen Symptome der Basedowschen Krankheit festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>
Leiden Sie an Pulsbeschleunigung oder Herzklopfen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist die Kropfgeschwulst in den letzten Jahren gewachsen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fragen zum Behandlungsverlauf	<input type="checkbox"/> es hat keine Behandlung stattgefunden

Auf welche Art wurde der Kropf behandelt?	<input type="text"/>	für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011
War die Behandlung erfolgreich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wurde bei Ihnen ein Grundumsatztest, ein Radio-Jod-Test oder eine Jod-Bestimmung im Blut durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann, von welchem Arzt und mit welchem Befund? <input type="text"/>	
Wurden Sie operiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>	
Wurde eine Bestrahlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>	
Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Werden oder wurden Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche, Dosierung und über welchen Zeitraum? <input type="text"/>	
Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input type="text"/>	
Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , aus welchem Grund (gfls. Grad der Behinderung angeben) <input type="text"/>	
Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange? <input type="text"/>	

Unterschrift

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Ort, Datum, Unterschrift

Rev002 vom 21.10.2009