

**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

<b>Zu versichernde Person</b>	
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"/> andere 
<b>Fragen zur Erkrankung</b>	
Wie wurde die Nerven- bzw. Gemütskrankung ärztlicherseits bezeichnet?	
Wodurch wurde das Leiden verursacht?	
Wie äußerte es sich (z.B. Kopfschmerzen, Zittern, Schwindel, Ohnmacht, Lähmungen, Erregbarkeit, Krämpfe, Depressionen)?	
Nähere Angaben hinsichtlich Art, Häufigkeit und Zeitpunkt der Erscheinungen.	
<b>Fragen zum Krankheitsverlauf</b>	
War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann und wo? 

für  
Herrn  
Max Mustermann  
am 27.09.2011

<p>War eine Sanatoriumskur erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann und wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Wurden Blutuntersuchungen vorgenommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann zuletzt und mit welchem Ergebnis?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Sind Sie jetzt vollkommen gesund?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>nein</b>, welche Beschwerden bestehen noch?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><b>Allgemeine Fragen</b></p>	
<p>Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><b>Unterschrift</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>_____ Ort, Datum, Unterschrift</p>
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	