

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	☐ Selbständig ☐ Arbeitnehmer ☐ Beamter ☐ Öffentlicher Dienst ☐ andere
Fragen zur Erkrankung	
Wie wurde die Ohrenerkrankung ärztlicherseits bezeichnet?	
Leiden oder litten Sie an Mittelohrentzündung?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , wann?
Haben Sie jemals an Ohrenfluss gelitten?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , wann?
Fragen zum Krankheitsverlauf	
War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , wann und wo?

Wurde eine Operation vorgenommen?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , wann und wo? 	für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011
Ist eine Operation vorgesehen?	☐ nein ☐ ja	
Sind Folgen zurückgeblieben (z.B. Schwerhörigkeit, Durchlöcherung der Trommelfelle, Schwindelanfälle)?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , welche? 	
Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?		
Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?	☐ nein ☐ ja	
Sind Sie jetzt vollkommen gesund?	☐ nein ☐ ja Wenn nein , welche Beschwerden bestehen noch? 	
Allgemeine Fragen		
Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift 	
Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?		
Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben) 	
Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange? 	

Unterschrift

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Ort, Datum, Unterschrift

Rev002 vom 21.10.2009