

**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>	
Seit wann bestehen Schilddrüsenbeschwerden und welcher Art waren / sind diese?	
Wie bezeichnete der Arzt die Erkrankung?	
Welcher Arzt hat die Erkrankung festgestellt (Name, anschrift und Diagnosedatum)?	
Wurde Morbus Basedow oder Hachimoto-Syndrom diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , <input type="checkbox"/> Morbus Basedow <input type="checkbox"/> Hashimoto-Syndrom
Haben Sie Beschwerden/Symptome wie z.B. Atemnot, Heiserkeit, Beängstigungen, Vordrängung der Augäpfel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche? 
Leiden Sie an Pulsbeschleunigung oder Herzklopfen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ist der Kropf in den letzten Jahren gewachsen oder zum Stillstand gekommen?	<input type="checkbox"/> gewachsen <input type="checkbox"/> zum Stillstand gekommen
Ist eine Operation zu erwarten bzw. vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? (Name, Anschrift und Datum der letzten Behandlung)	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
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
Welche und welche Dosis Medikamente nehmen Sie pro Tag?	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
Welche Behandlungen werden aktuell durchgeführt?	<div style="border: 1px solid black; height: 55px;"></div>
Welche Behandlungen sind zu erwarten bzw. vorgesehen?	<div style="border: 1px solid black; height: 55px;"></div>
<b>Unterschrift</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>
Rev002 vom 21.10.2009	<p style="text-align: right;">_____ Ort, Datum, Unterschrift</p>

für  
Herrn  
Max Mustermann  
am 27.09.2011