

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	<input type="text" value="Max"/> <input type="text" value="Mustermann"/>
Vorname, Nachname	<input type="text"/> , <input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
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"/>
Größe?	<input type="text"/> cm
Gewicht?	<input type="text"/> kg
Haben Sie in den letzten Jahren an Gewicht zugenommen / verloren?	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme ca. <input type="text"/> kg in den letzten <input type="text"/> Jahren <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust ca. <input type="text"/> kg in den letzten <input type="text"/> Jahren
Fragen zur Erkrankung	
Seit wann ist Ihnen bekannt, dass Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit) leiden?	<input type="text"/>
Stehen Sie wegen Ihrer Zuckerkrankheit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann haben Sie Ihren Arzt zuletzt aufgesucht? <input type="text"/>
Fragen zum Krankheitsverlauf	
Hatten Sie jemals Aceton im Urin?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann? <input type="text"/>

Ist bei Ihnen jemals ein Koma aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann? <input type="text"/>
Sind bei Ihnen Schockzustände aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann? <input type="text"/>
Halten Sie regelmäßig eine Diät ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , seit wann? <input type="text"/>
Werden Sie mit Insulin behandelt oder haben Sie sich selbst damit behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welches Präparat verwenden Sie mit welcher Dosis pro Tag? <input type="text"/>
Wird Ihre Zuckerkrankheit mit Tabletten behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welches Präparat nehmen Sie? <input type="text"/>
Wann wurde zuletzt eine Urinuntersuchung bei Ihnen vorgenommen?	<input type="text"/> mit welchem Ergebnis? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Eiweiß oder Aceton wurde festgestellt <input type="checkbox"/> Eiweiß oder Aceton wurde nicht festgestellt
Wann wurde zuletzt eine Blutzuckeruntersuchung bei Ihnen vorgenommen?	<input type="text"/> mit welchem Ergebnis? <input type="text"/>
Wurde bei Ihnen ein hoher Blutdruck gemessen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und welche Blutdruckwerte wurden gemessen? <input type="text"/>
Wurde bei Ihnen eine Augenhintergrunduntersuchung vorgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , mit welchem Ergebnis? <input type="text"/>
Allgemeine Fragen	

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

<p>Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>	<p>für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011</p>
<p>Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>	
<p>Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>	
<p>Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
<p>Unterschrift</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>	
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	<p>_____ Ort, Datum, Unterschrift</p>	