

Fragebogen Harnwegs- und Nierenerkrankungen / Seite 1/3

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Der Fairsicherungsladen GmbH

Karlstr. 68 • 76137 Karlsruhe

Tel.: 0721/35 83 69

Fax: 0721/35 83 76

anfrage@fair-ka.de

http://www.derfairsicherungsladen.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<b>1. Zu versichernde Person</b>	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/>
1.2. Geburtsdatum	<input type="text"/>
1.3. Beruf	<input type="text"/>
1.4. 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"/>
<b>2. Fragen zur Erkrankung</b>	
2.1. Welche Diagnose stellte der Arzt (z.B. Harnröhren-, Harnblasen-, Nierenbecken-, oder Nierentzündung, Nephrose, Nierensteine, Hydronephrose, Geschwulst, Prostatahypertrophie)?	<input type="text"/>
2.2. Wann erstmals aufgetreten?	<input type="text"/>
2.3. Wie lange dauerte die Behandlung an?	<input type="text"/>
<b>3. Fragen zum Krankheitsverlauf</b>	
3.1. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo? <input type="text"/>

Fragebogen Harnwegs- und Nierenerkrankungen / Seite 2/3

<p>3.2. Wurden Sanatoriumskuren 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>3.3. Wurden Sie operiert?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann, mit welchem Ergebnis?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.4. Ist eine Operation vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.5. Datum und Ergebnis der letzten Blutdruckmessung</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.6. Datum und Ergebnis der letzten Urinuntersuchung</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.7. Nehmen Sie jetzt noch Medikamente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.8. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.9. 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>4. Allgemeine Fragen</b></p>	<p>Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen</p>
<p>4.1. 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>4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4.3. 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>

Fragebogen Harnwegs- und Nierenerkrankungen / Seite 3/3

<p>4.4. 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>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p><b>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</b></p>	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
<p><b>Interne Notizen</b></p>	
<p>Mitarbeiter: <input style="width: 250px;" type="text"/>                  Datum : <input style="width: 250px;" type="text"/>                  Uhrzeit: von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben  <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung  <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden  <input type="checkbox"/> <input style="width: 150px;" type="text"/></p>
<p>Rev0002 vom 21.10.2009</p>	