

Fragebogen Leber- und Gallenerkrankungen | 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:

1. Zu versichernde Person	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/> <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"/>
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Wie wurde das Gallen- oder Leberleiden ärztlicherseits bezeichnet?	<input type="text"/>
2.2. Haben Sie an Gallensteinen gelitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="text"/>
2.3. Wie oft und zu welchen Zeiten sind Koliken aufgetreten?	<input type="text"/>
2.4. Haben Sie an Gallenblasenentzündung gelitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="text"/>
2.5. Wurde die Gallenblase operativ entfernt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="text"/>
2.6. Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Fragebogen Leber- und Gallenerkrankungen / Seite 2/3

<p>2.7. Wurde eine Leberschwellung festgestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="text"/></p>
<p>2.8. Bestand Gelbsucht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, von wann bis wann? <input type="text"/></p>
<p>2.9. Besteht jetzt noch eine Leberschwellung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.10. Haben Sie jetzt noch Gallen- oder Leberbeschwerden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.11. Können Sie alle Speisen vertragen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche nicht? <input type="text"/></p>
<p>2.12. Halten sie eine Diät ein?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.13. Werden aktuell noch Medikamente eingenommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche, Dosierung und über welchen Zeitraum? <input type="text"/></p>
<p>2.14. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo? <input type="text"/></p>
<p>2.15. War eine Sanatoriumskur erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo? <input type="text"/></p>
<p>2.16. Wurde eine Leberpunktion vorgenommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo? <input type="text"/></p>
<p>2.17. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift <input type="text"/></p>

Fragebogen Leber- und Gallenerkrankungen / Seite 3/3

<p>2.18. 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: 20px; width: 100%;"></div>
<p>2.19. 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: 20px; width: 100%;"></div>
<p>3. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</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>Interne Notizen</p>	
<p>Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input 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 type="text"/></p>
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	