

**Fragebogen Lungentuberkulose** / 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"/> <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"/>
1.5. Größe	<input type="text"/> cm
1.6. Gewicht	<input type="text"/> kg
1.7. 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
1.8. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wie viel? <input type="text"/>
<b>2. Fragen zur Erkrankung</b>	
2.1. Von wann bis wann haben Sie an einer Lungentuberkulose gelitten?	<input type="text"/>
2.2. Haben oder hatten Sie blutigen Auswurf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann? <input type="text"/>

Fragebogen Lungentuberkulose / Seite 2/3

<p>2.3. Sind jemals Tuberkelbazillen gefunden worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann? <input type="text"/></p>
<p><b>3. Fragen zur Behandlung</b></p>	
<p>3.1. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann und wo? <input type="text"/></p>
<p>3.2. War eine Sanatoriumskur erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann und wo? <input type="text"/></p>
<p>3.3. Wurde ein Pneumothorax angelegt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann, besteht er noch, wann war die letzte Nachfüllung? <input type="text"/></p>
<p>3.4. Wurden Operationen durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann, wo und mit welchem Ergebnis? <input type="text"/></p>
<p>3.5. Ist eine Operation vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.6. Sind Folgen der Lungentuberkulose zurückgeblieben (z.B. Atembeschwerden, Schmerzen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, welche? <input type="text"/></p>
<p>3.7. Sind Sie jetzt vollkommen gesund?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit <input type="text"/> Wenn <b>nein</b>, welche Beschwerden bestehen noch? <input type="text"/></p>
<p>3.8. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>3.9. Stehen Sie noch unter ärztlicher Beobachtung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, bei welchem Arzt? <input type="text"/></p>

**Fragebogen Lungentuberkulose / Seite 3/3**

<p>3.10. Wann, von wem und mit welchem Befund wurden Sie zuletzt geröntgt?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></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: 50px;"></div>
<p>4.2. 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: 30px;"></div>
<p>4.3. 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;"></div>
<p><b>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></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: 80px;" type="text"/> bis <input style="width: 80px;" 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: 200px;" type="text"/></p>
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	