

Fragebogen Schilddrüsenerkrankung / Seite 1/2

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

Fragebogen Schilddrüsenerkrankung / Seite 2/2

2.6. Leiden Sie an Pulsbeschleunigung oder Herzklopfen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.7. Ist der Kropf in den letzten Jahren gewachsen oder zum Stillstand gekommen?	<input type="checkbox"/> gewachsen <input type="checkbox"/> zum Stillstand gekommen
2.8. Ist eine Operation zu erwarten bzw. vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.9. 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>
2.10. 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
2.11. Welche und welche Dosis Medikamente nehmen Sie pro Tag?	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
2.12. Welche Behandlungen werden aktuell durchgeführt?	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
2.13. Welche Behandlungen sind zu erwarten bzw. vorgesehen?	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
3. Sonstige Hinweise und Erläuterungen	<div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>
Einverständniserklärung zur Datenweitergabe	<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>
Interne Notizen	
Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<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"/>