

Fragebogen Sonstige Erkrankungen | 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. 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. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?	<input type="text"/>
2.2. Welche Beschwerden / Symptome bestanden bzw. bestehen?	<input type="text"/>
2.3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? Wann zuletzt?	<input type="text"/>
<b>3. Fragen zur Behandlung</b>	

**Fragebogen Sonstige Erkrankungen** / Seite 2/3

3.1. Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt?	
3.2. Wie wurde / wird behandelt? (bei Medikamenten bitte Namen und Dosierung angeben)	
3.3. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?	
3.4. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?	
<b>4. Allgemeine Fragen</b>	Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen
4.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift   
4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	
4.3. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , aus welchem Grund (gfls. Grad der Behinderung angeben)  
4.4. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?  
4.5. Sind Sie aktuell behandlungs- und beschwerdefrei?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>nein</b> , welche Beschwerden / Behandlungen bestehen aktuell?  
<b>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b>	

**Einverständniserklärung zur Datenweitergabe**

Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift

**Interne Notizen**

Mitarbeiter:   
 Datum :   
 Uhrzeit: von  bis

telefonische Erfassung     schriftliche Kundenangaben  
 persönliche Besprechung  
 im Maklerbüro     beim Kunden

Rev001 vom 16.11.2010