

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Der Fairsicherungsladen GmbH

Waldstr. 65 • 76133 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"/>
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
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Seit wann ist Ihnen bekannt, dass Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit) leiden?	<input type="text"/>
2.2. Welche Form des Diabetes liegt vor (z. B. Typ 1 oder 2, Schwangerschaftsdiabetes, usw.)?	<input type="text"/>
2.3. Stehen Sie wegen Ihrer Zuckerkrankheit in (fach-)ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann haben Sie Ihren Arzt zuletzt aufgesucht? <input type="text"/>

Fragebogen Diabetes / Seite 2/4

<p>2.4. Wurden Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche und wann? <input type="text"/></p>
<p>3. Fragen zum Krankheitsverlauf</p>	
<p>3.1. Hatten Sie jemals Aceton im Urin?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="text"/></p>
<p>3.2. Ist bei Ihnen jemals eine Diabetes-bedingte Komplikation (z. B. Hypo- oder Hyperglykämien, Koma) aufgetreten? Bestehen aktuell noch Beschwerden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche und wann? <input type="text"/></p>
<p>3.3. Sind bei Ihnen Schockzustände aufgetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="text"/></p>
<p>3.4. Halten Sie regelmäßig eine Diät ein?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, seit wann? <input type="text"/></p>
<p>3.5. Werden Sie mit Insulin behandelt oder haben Sie sich selbst damit behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welches Präparat verwenden Sie mit welcher Dosis pro Tag? <input type="text"/></p>
<p>3.6. Wird Ihre Zuckerkrankheit mit Tabletten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welches Präparat nehmen Sie? <input type="text"/></p>
<p>3.7. Wann wurde zuletzt eine Urinuntersuchung bei Ihnen vorgenommen?</p>	<p><input type="text"/> Mit welchem Ergebnis? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Eiweiß oder Aceton wurde festgestellt <input type="checkbox"/> Eiweiß oder Aceton wurde nicht festgestellt</p>
<p>3.8. Wann wurde zuletzt eine Blutzuckeruntersuchung bei Ihnen vorgenommen?</p>	<p><input type="text"/> Mit welchem Ergebnis? Nüchtern-Blutzucker <input type="text"/> <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l HbA1 <input type="text"/> % HbA1C <input type="text"/> %</p>
<p>3.9. Wurde bei Ihnen ein hoher Blutdruck gemessen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und welche Blutdruckwerte wurden gemessen? <input type="text"/></p>

Fragebogen Diabetes / Seite 3/4

<p>3.10. Wurde bei Ihnen eine Augenhintergrunduntersuchung vorgenommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.11. Erfolgte weitere Untersuchungen (z. B. Röntgen, sonstiges Labor)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>4. Allgemeine Fragen</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: 60px; width: 100%;"></div>
<p>4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>4.3. Wurden in letzter Zeit Operationen durchgeführt bzw. war ein Krankenhausaufenthalt erforderlich? Sind Operationen angedacht/geplant?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte nähere Erläuterungen:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4.4. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten andere Medikamente verordnet?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche und wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>4.5. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, aus welchem Grund? (ggf. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>4.6. 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: 60px; width: 100%;"></div>
<p>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen, z. B. zu etwaigen Folgeerkrankungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>

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

Rev003 vom 20.09.2018

Erklärung

 Unterschrift