

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:**

<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"/>
<b>2. Fragen zur Erkrankung</b>	
2.1. Wie wurde die Unterleibserkrankung ärztlicherseits bezeichnet?	<input type="text"/>
2.2. Welche Beschwerden haben oder hatten Sie (z.B. Schmerzen, Blutungen, Ausfluss)?	<input type="text"/>
2.3. Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?	<input type="text"/>
<b>3. Fragen zum Krankheitsverlauf</b>	
3.1. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann und wo? <input type="text"/>

Fragebogen Frauenkrankheiten / Seite 2/3

3.2. Wurden Sie operiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann? <input type="text"/>
3.3. Wurden bei der Operation Unterleibsorgane entfernt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche? <input type="text"/>
3.4. Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.5. Wurden Röntgen- oder Radiumbestrahlungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann? <input type="text"/>
3.6. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.7. Müssen Sie sich wegen der durchgemachten Erkrankungen von Zeit zu Zeit einer Kontrolluntersuchung unterziehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.8. Sind Sie jetzt vollkommen gesund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>nein</b> , welche Beschwerden bestehen noch? <input type="text"/>
3.9. Ist Ihre Monatsblutung regelmäßig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.10. Seit wann hatten Sie keine Monatsblutungen mehr?	<input type="text"/>
<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 <input type="text"/>
4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	<input type="text"/>
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) <input type="text"/>

**Fragebogen Frauenkrankheiten** / Seite 3/3

<p>4.4. 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; width: 100%;"></div>
<p><b>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></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 type="text"/></p> <p>Datum : <input type="text"/></p> <p>Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung</p> <p><input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	

**Erklärung**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift