

Fragebogen Kopfbereich allgemein / Seite 1/5

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. Leiden oder litten Sie unter mehr als einmal im Monat auftretenden oder länger als 6 Stunden anhaltenden Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b> , wann erstmals? <input type="text"/> Wann zuletzt? <input type="text"/> Wie oft im Jahr? <input type="text"/> Mal Wie lange halten die Schmerzen an? <input type="text"/> Stunden Bestehen dabei oder danach weitere Beschwerden (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche? <input type="text"/>
2.2. Leiden oder litten Sie unter Schwindelzuständen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wann erstmals? <input type="text"/> Wann zuletzt? <input type="text"/> Wie oft im Jahr? <input type="text"/> Mal

Fragebogen Kopfbereich allgemein / Seite 2/5

<p>2.3. Leiden oder litten Sie unter Ohnmachten oder Krampfanfällen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  wenn ja,  wann erstmals? <input type="text"/>  Wann zuletzt? <input type="text"/>  Wie oft im Jahr? <input type="text"/> Mal</p>
<p>2.4. Leiden oder litten Sie unter Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  wenn ja, an:  <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen  <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen  wann erstmals? <input type="text"/>  Ist eine Ursache bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:  <input type="text"/></p>
<p>2.5. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren unter Reizbarkeitszuständen oder Verstimmungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  wenn ja,  wann erstmals? <input type="text"/>  Wann zuletzt? <input type="text"/>  Wie oft im Jahr? <input type="text"/> Mal</p>
<p>2.6. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren unter Erschöpfungszuständen oder Schlafstörungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  wenn ja,  wann erstmals? <input type="text"/>  Wann zuletzt? <input type="text"/>  Wie oft im Jahr? <input type="text"/> Mal</p>
<p>2.7. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  wenn ja, welche?  <input type="text"/></p>
<p><b>3. Fragen zur Behandlung und Diagnose</b></p>	
<p>3.1. Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  wenn ja, Name und Anschrift sowie Datum der ersten und letzten Untersuchung angeben:  <input type="text"/></p>
<p>3.2. Wurde eine bildgebende Diagnostik diesbezüglich durchgeführt? (z.B. Röntgen, Kernspintomographie, Ultraschalluntersuchung)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  wenn ja, welche Untersuchung wurde durch welchen Arzt mit welchem Ergebnis durchgeführt? Wenn möglich Befund beilegen!  <input type="text"/></p>

Fragebogen Kopfbereich allgemein / Seite 3/5

<p>3.3. Wurden Elektroenzephalogramme (EEG), testpsychologische Untersuchungen oder andere Hirnleitungstests durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche Untersuchung wurde durch welchen Arzt mit welchem Ergebnis durchgeführt? Wenn möglich Befund beilegen!</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
<p>3.4. Wie bezeichnete der Arzt das Leiden?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
<p><b>4. Fragen zum Krankheitsverlauf</b></p>	
<p>4.1. Sind aufgrund der Erkrankung akut Behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche und wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>4.2. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann und wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>4.3. War eine Sanatoriumskur erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann und wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>4.4. Wie wurde / wird ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> keine Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamente: Welche Medikamente werden / wurden wie oft täglich und in welchem Zeitraum eingenommen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div> <p><input type="checkbox"/> Therapien: Welche Therapien werden / wurden wie oft wöchentlich und in welchem Zeitraum in Anspruch genommen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
<p><b>5. Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand</b></p>	

Fragebogen Kopfbereich allgemein / Seite 4/5

<p>5.1. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Schädel- oder Gehirnschäden, Schlafstörungen, Angstzustände)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>5.2. Haben die Beschwerden / Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>5.3. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wie oft und in welchen Zeiträumen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>5.4. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereist erfolgt oder angeraten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, für welche Tätigkeit?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>5.5. Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen psychischen Belastungen oder Stress ausgesetzt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, beschreiben Sie bitte die näheren Umstände</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p><b>6. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; 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 style="width: 100%;" type="text"/> Datum : <input style="width: 100%;" type="text"/> Uhrzeit: von <input style="width: 150px;" type="text"/> bis <input style="width: 150px;" 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: 100%;" type="text"/></p>
<p>Rev001 vom 18.11.2010</p>	

**Erklärung**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift