

Fragebogen Kopfschmerzen und Migräne / Seite 1/3

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"/>
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Wie lautet die genaue medizinische Diagnose?	<input type="text"/>
2.2. Welche Beschwerden haben Sie im Detail?	<input type="text"/>
2.3. Tritt das Leiden mit oder ohne Aura (z.B. Sehstörungen, Lähmungserscheinungen, Taubheitsgefühl, o.ä.) auf?	<input type="text"/>
2.4. Nähere Angaben hinsichtlich Häufigkeit und Zeitpunkt der Erscheinungen.	<input type="text"/>
3. Fragen zum Krankheitsverlauf	
3.1. Wann traten die Beschwerden erstmals auf?	<input type="text"/>

Fragebogen Kopfschmerzen und Migräne / Seite 2/3

3.2. In welchen Abständen?	
3.3. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? _____
3.4. War eine Sanatoriumskur erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? _____
3.5. Wie wurde das Leiden behandelt? Welche Medikamente, welche Dosierung?	
3.6. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch? Bitte auch Dosierung angeben.	
3.7. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.8. Sind Sie jetzt vollkommen gesund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein , welche Beschwerden bestehen noch? _____
4. Allgemeine Fragen	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 ja , aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben) _____

Fragebogen Kopfschmerzen und Migräne / 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 ja, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
<p>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>
<p>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</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>Interne Notizen</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 29.07.2010</p>	

Erklärung

Unterschrift