

Fragebogen Leber– und Gallenerkrankungen | Seite 1/4

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 wurde das Gallen- oder Leberleiden ärztlicherseits bezeichnet? | <input type="text"/> |
| 2.2. Haben Sie an Gallensteinen gelitten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="text"/> |
| 2.3. Wie oft und zu welchen Zeiten sind Koliken aufgetreten? | <input type="text"/> |
| 2.4. Haben Sie an Gallenblasenentzündung gelitten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="text"/> |
| 2.5. Wurde die Gallenblase operativ entfernt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="text"/> |
| 2.6. Ist eine Operation vorgesehen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Fragebogen Leber– und Gallenerkrankungen | Seite 2/4

| | |
|---|--|
| <p>2.7. Wurde eine Leberschwellung festgestellt?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="text"/></p> |
| <p>2.8. Bestand Gelbsucht?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, von wann bis wann? <input type="text"/></p> |
| <p>2.9. Besteht jetzt noch eine Leberschwellung?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> |
| <p>2.10. Haben Sie jetzt noch Gallen- oder Leberbeschwerden?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> |
| <p>2.11. Können Sie alle Speisen vertragen?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche nicht? <input type="text"/></p> |
| <p>2.12. Halten sie eine Diät ein?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> |
| <p>2.13. Werden aktuell noch Medikamente eingenommen?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche, Dosierung und über welchen Zeitraum? <input type="text"/></p> |
| <p>2.14. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo? <input type="text"/></p> |
| <p>2.15. War eine Sanatoriumskur erforderlich?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo? <input type="text"/></p> |
| <p>2.16. Wurde eine Leberpunktion vorgenommen?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo? <input type="text"/></p> |
| <p>2.17. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p> | <p>Name, Anschrift <input type="text"/></p> |

Fragebogen Leber- und Gallenerkrankungen / Seite 3/4

| | |
|--|---|
| <p>2.18. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| <p>2.19. 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: 40px; width: 100%;"></div> |
| <p>3. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p> | <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></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"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input 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</p> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> |
| <p>Rev002 vom 21.10.2009</p> | |

Erklärung

Unterschrift