

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
1.8. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wie viel? <input type="text"/>
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Welche Diagnose stellte der Arzt (z.B. trockene oder feuchte Brustfellentzündung, Empyem, Lungenentzündung, Bronchitis, Bronchiektasen, Emphysem, Geschwulst)?	<input type="text"/>

Fragebogen Lungenkrankheiten / Seite 2/3

<p>2.2. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.3. War eine Sanatoriumskur erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.4. Wurden Operationen durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann, wo und mit welchem Ergebnis?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.5. Ist eine Operation vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.6. Sind Sie jetzt vollkommen gesund?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit <input style="width: 40px;" type="text"/> Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.7. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.8. Werden Sie röntgenologisch überwacht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann zuletzt und mit welchem Befund?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3. Allgemeine Fragen</p>	<p>Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen</p>
<p>3.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.2. 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: 40px; width: 100%;"></div>

Fragebogen Lungenkrankheiten / Seite 3/3

3.3. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?

nein ja

Wenn **ja**, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?

4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen

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

Rev002 vom 21.10.2009

Erklärung

Unterschrift