

Fragebogen Ohrenerkrankungen / 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 wurde die Ohrenerkrankung ärztlicherseits bezeichnet?	<input type="text"/>
2.2. Leiden oder litten Sie an Mittelohrentzündung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann? <input type="text"/>
2.3. Haben Sie jemals an Ohrenfluss gelitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann? <input type="text"/>
3. Fragen zum Krankheitsverlauf	

Fragebogen Ohrenerkrankungen / Seite 2/3

<p>3.1. 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>3.2. Wurde eine Operation vorgenommen?</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>3.3. Ist eine Operation vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.4. Sind Folgen zurückgeblieben (z.B. Schwerhörigkeit, Durchlöcherung der Trommelfelle, Schwindelanfälle)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.5. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.6. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.7. Sind Sie jetzt vollkommen gesund?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4. Allgemeine Fragen</p>	<p>Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen</p>
<p>4.1. 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>4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4.3. 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 Ohrenerkrankungen / 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 21.10.2009</p>	

Erklärung

Unterschrift