

Fragebogen Rippenfellentzündung / 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. Von wann bis wann litten Sie an einer Rippenfellentzündung?	<input type="text"/>
2.2. Welcher Art war die Rippenfellentzündung (z.B. eitrig, feucht, trocken)?	<input type="text"/>
2.3. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>
2.4. War eine Sanatoriumskur erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>

Fragebogen Rippenfellentzündung / Seite 2/3

2.5. Wurden Sie operiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
2.6. Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.7. Wurden Rippen entfernt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wie viele? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
2.8. Haben Sie seit der Rippenfellentzündung an einer Erkrankung der Atmungsorgane gelitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , an welcher und wann? <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
2.9. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.10. Sind Sie jetzt vollkommen gesund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein , welche Beschwerden bestehen noch? <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
2.11. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
2.12. Stehen Sie noch unter ärztlicher Beobachtung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bei welchem Arzt? <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
3. Allgemeine Fragen	Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen
3.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
3.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
3.3. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben) <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>

Fragebogen Rippenfellentzündung / Seite 3/3

3.4. 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