

Fragebogen Schilddrüsenerkrankung / 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. Seit wann bestehen Schilddrüsenbeschwerden und welcher Art waren / sind diese?	<input type="text"/>
2.2. Wie bezeichnete der Arzt die Erkrankung?	<input type="text"/>
2.3. Welcher Arzt hat die Erkrankung festgestellt (Name, Anschrift und Diagnosedatum)?	<input type="text"/>
2.4. Wurde Morbus Basedow oder Hashimoto-Syndrom diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , <input type="checkbox"/> Morbus Basedow <input type="checkbox"/> Hashimoto-Syndrom
2.5. Haben Sie Beschwerden/Symptome wie z.B. Atemnot, Heiserkeit, Beängstigungen, Vordrängung der Augäpfel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>

Fragebogen Schilddrüsenerkrankung / Seite 2/3

2.6. Leiden Sie an Pulsbeschleunigung oder Herzklopfen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.7. Ist der Kropf in den letzten Jahren gewachsen oder zum Stillstand gekommen?	<input type="checkbox"/> gewachsen <input type="checkbox"/> zum Stillstand gekommen
2.8. Ist eine Operation zu erwarten bzw. vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.9. Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? (Name, Anschrift und Datum der letzten Behandlung)	
2.10. Welche Untersuchungen wurden dabei durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Blutuntersuchung <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Radiojodtest <input type="checkbox"/> Punktion <input type="checkbox"/> Szintigraphie
2.11. Welche und welche Dosis Medikamente nehmen Sie pro Tag?	
2.12. Welche Behandlungen werden aktuell durchgeführt?	
2.13. Welche Behandlungen sind zu erwarten bzw. vorgesehen?	
3. Sonstige Hinweise und Erläuterungen	
Einverständniserklärung zur Datenweitergabe	<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>
Interne Notizen	
Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<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 <input type="checkbox"/> <input type="text"/>

Erklärung

Unterschrift