

Fragebogen Tumorerkrankungen / 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:**

<b>1. Zu versichernde Person</b>	
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. Rauchen Sie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wie viel? <input type="text"/>
<b>2. Fragen zur Erkrankung</b>	
2.1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?	<input type="text"/>
2.2. An welchem Körperteil bzw. in welchem Organ befindet/befand sich der Tumor?	<input type="text"/>
2.3. Welche Beschwerden / Symptome bestanden bzw. bestehen?	<input type="text"/>

**Fragebogen Tumorerkrankungen / Seite 2/3**

<p>2.4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? Wann zuletzt?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
<p><b>3. Fragen zur Behandlung</b></p>	
<p>3.1. Ist eine operative Tumorentfernung erfolgt?</p> <p>Wenn ja, - konnte der Tumor vollständig entfernt werden? - kam es zu erneutem Auftreten des Tumors?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.2. Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
<p>3.3. Haben Sie Kontrolluntersuchungen wahrgenommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann zuletzt? Ergebnis?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
<p>3.3. Welche Behandlungen sind noch geplant bzw. erforderlich?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>3.4. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p><b>4. Allgemeine Fragen</b></p> <p style="text-align: right;">Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen</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: 60px;"></div>
<p>4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
<p>4.3. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn <b>ja</b>, aus welchem Grund (gfls. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>
<p>4.4. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn <b>ja</b>, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>

Fragebogen Tumorerkrankungen / Seite 3/3

<p>4.5. Sind Sie aktuell behandlungs- und beschwerdefrei?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn <b>nein</b>, welche Beschwerden / Behandlungen bestehen aktuell?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><b>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<p><b>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</b></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><b>Interne Notizen</b></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>Rev001 vom 22.05.2017</p>	

**Erklärung**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift