

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

profunda Versicherungsmakler & Finanzberatung GmbH

Berliner Str. 33 • 16540 Hohen Neuendorf

Tel.: 03303 / 2973910

Fax: 03303/ 2973911

info@profunda-vm.de

http://www.profunda-vm.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. 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
<b>2. Fragen zur Erkrankung</b>	
2.1. Seit wann ist Ihnen bekannt, dass Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit) leiden?	<input type="text"/>
2.2. Welche Form des Diabetes liegt vor (z. B. Typ 1 oder 2, Schwangerschaftsdiabetes, usw.)?	<input type="text"/>
2.3. Stehen Sie wegen Ihrer Zuckerkrankheit in (fach-)ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann haben Sie Ihren Arzt zuletzt aufgesucht? <input type="text"/>

<p>2.4. Wurden Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, welche und wann?  <input type="text"/></p>
<p><b>3. Fragen zum Krankheitsverlauf</b></p>	
<p>3.1. Hatten Sie jemals Aceton im Urin?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, wann?  <input type="text"/></p>
<p>3.2. Ist bei Ihnen jemals eine Diabetes-bedingte Komplikation (z. B. Hypo- oder Hyperglykämien, Koma) aufgetreten? Bestehen aktuell noch Beschwerden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, welche und wann?  <input type="text"/></p>
<p>3.3. Sind bei Ihnen Schockzustände aufgetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, wann?  <input type="text"/></p>
<p>3.4. Halten Sie regelmäßig eine Diät ein?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, seit wann?  <input type="text"/></p>
<p>3.5. Werden Sie mit Insulin behandelt oder haben Sie sich selbst damit behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, welches Präparat verwenden Sie mit welcher Dosis pro Tag?  <input type="text"/></p>
<p>3.6. Wird Ihre Zuckerkrankheit mit Tabletten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, welches Präparat nehmen Sie?  <input type="text"/></p>
<p>3.7. Wann wurde zuletzt eine Urinuntersuchung bei Ihnen vorgenommen?</p>	<p><input type="text"/> Mit welchem Ergebnis?  <input type="text"/>  <input type="checkbox"/> Eiweiß oder Aceton wurde festgestellt  <input type="checkbox"/> Eiweiß oder Aceton wurde nicht festgestellt</p>
<p>3.8. Wann wurde zuletzt eine Blutzuckeruntersuchung bei Ihnen vorgenommen?</p>	<p><input type="text"/> Mit welchem Ergebnis?          Nüchtern-Blutzucker <input type="text"/> <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l          HbA1 <input type="text"/> % HbA1C <input type="text"/> %</p>
<p>3.9. Wurde bei Ihnen ein hoher Blutdruck gemessen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, wann und welche Blutdruckwerte wurden gemessen?  <input type="text"/></p>

<p>3.10. Wurde bei Ihnen eine Augenhintergrunduntersuchung vorgenommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann und mit welchem Ergebnis?</p> <input type="text"/>
<p>3.11. Erfolgte weitere Untersuchungen (z. B. Röntgen, sonstiges Labor)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann und mit welchem Ergebnis?</p> <input type="text"/>
<p><b>4. Allgemeine Fragen</b></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> <input type="text"/>
<p>4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<input type="text"/>
<p>4.3. Wurden in letzter Zeit Operationen durchgeführt bzw. war ein Krankenhausaufenthalt erforderlich? Sind Operationen angedacht/geplant?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Erläuterungen:</p> <input type="text"/>
<p>4.4. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten andere Medikamente verordnet?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, welche und wann?</p> <input type="text"/>
<p>4.5. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, aus welchem Grund? (ggf. Grad der Behinderung angeben)</p> <input type="text"/>
<p>4.6. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <input type="text"/>
<p><b>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen, z. B. zu etwaigen Folgeerkrankungen</b></p>	<input type="text"/>

**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

Rev003 vom 20.09.2018