

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:

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. Um welche Hauterkrankung handelt es sich?	<input type="checkbox"/> Neurodermitis, atopisches Ekzem, endogenes Ekzem, Milchschorf <input type="checkbox"/> Schuppenflechte, Psoriasis <input type="checkbox"/> Kontaktekzem <input type="checkbox"/> Urtikaria, Nesselsucht, Quaddelsucht <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/>
2.2. Welche Körperstellen sind/waren betroffen?	<input type="checkbox"/> geamter Körper (generalisiert) <input type="checkbox"/> Hände <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Ellenbogen <input type="checkbox"/> Kniegelenke <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> mit innerer Gelenkbeteiligung (Psoriasis arthropica)
2.3. Wie groß sind/waren die betroffenen Körperstellen erkrankt?	<input type="checkbox"/> kleiner 2 Euro-Stück <input type="checkbox"/> größer 2 Euro-Stück <input type="text"/>

3. Fragen zum Behandlungsverlauf	
<p>3.1. War oder ist eine Krankenhausbehandlung oder Kur erfolgt?</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. War oder ist eine ambulante Behandlung erfolgt?</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>3.3. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.4. Werden oder wurden Medikamente eingenommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche, Dosierung und über welchen Zeitraum?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>3.5. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
4. Allgemeine Fragen	Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen
<p>4.1. 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>
<p>4.2. 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: 60px; width: 100%;"></div>
5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>

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