

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. 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

<p>2.5. Wurden Sie operiert?</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>2.6. Ist eine Operation vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.7. Wurden Rippen entfernt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wie viele?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>2.8. Haben Sie seit der Rippenfellentzündung an einer Erkrankung der Atmungsorgane gelitten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, an welcher und wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.9. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.10. Sind Sie jetzt vollkommen gesund?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.11. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.12. Stehen Sie noch unter ärztlicher Beobachtung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bei welchem Arzt?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3. Allgemeine Fragen</p>	<p>Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen</p>
<p>3.1. 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>
<p>3.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>3.3. 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>3.4. 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: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</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>Interne Notizen</p>	
<p>Mitarbeiter: <input style="width: 250px;" type="text"/> Datum : <input style="width: 250px;" type="text"/> Uhrzeit: von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p><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 style="width: 150px;" type="text"/></p>
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	