

Beratung durch:

Stöver, Hermann & Partner GmbH
 Hollerallee 25 • 28209 Bremen
 Tel.: 0421 / 3 48 55-0 • Fax: 0421 / 3 49 11 44
 info@shp-bremen.de
 http://www.shp-bremen.de/

Versicherungsnehmer:

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"/>
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 ja , wie viel? <input type="text"/>
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?	<input type="text"/>
2.2. Welche Beschwerden/Symptome bestanden bzw. bestehen? (z.B. Herzrasen, Atemnot, Herzschmerzen, Schwindel oder Gefühlsstörungen in Armen oder Beinen)	<input type="text"/>
2.3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? Wann zuletzt?	<input type="text"/>
3. Fragen zur Behandlung	

Zusatzfragebogen Bluthochdruck / Seite 2/3

3.1. Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt?	
3.2. Wie wurde/wird behandelt? (bei Medikamenten bitte Namen und Dosierung angeben)	
3.3. Ergebnis und Zeitpunkt der letzten Blutdruckmessung ohne Medikamenteneinnahme?	
3.4. Ergebnis und Zeitpunkt der letzten Blutdruckmessung mit Medikamenteneinnahme?	
3.5. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?	
3.6. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?	
4. Allgemeine Fragen	
4.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift
4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	
4.3. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , aus welchem Grund (gfls. Grad der Behinderung angeben) _____
4.4. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange? _____
5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen 	

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