

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. Vor der Implantierung	
2.1. Welche Beschwerden hatten Sie vor der Schrittmacherbehandlung?	<input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Herzgegend. Wenn ja , seit wann, wie, mit oder ohne Ausstrahlung? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> geschwollene Beine <input type="checkbox"/> nächtlicher Harndrang
2.2. Lagen bei Ihnen Risikofaktoren vor?	<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck. Wenn ja , wie hoch? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> erhöhter Cholesterinspiegel. Wenn ja , wie hoch? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Raucher. Wenn ja , wie viele Zigaretten haben Sie durchschnittlich geraucht / rauchen Sie? <input type="text"/>
2.3. Wann wurde der Herzschrittmacher implantiert?	<input type="text"/>

<p>2.4. Aus welchen Gründen wurde der Schrittmacher implantiert?</p>	<p><input type="checkbox"/> Anfälle von Bewusstlosigkeit <input type="checkbox"/> vorliegender Herzklappenfehler <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>2.5. Was für ein Schrittmacher wurde implantiert?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>3. Nach der Implantation</p>	
<p>3.1. Traten nach der Implantation Komplikationen auf?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? <input type="text"/></p>
<p>3.2. Wieviele Stockwerke können Sie ohne stehen zu bleiben ersteigen?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> mehr</p>
<p>3.3. Bestehen aktuell Beschwerden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Herzgegend Wenn ja, seit wann, wie, mit oder ohne Ausstrahlung? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> geschwollene Beine <input type="checkbox"/> nächtlicher Harndrang <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>3.4. Können Sie flach schlafen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.5. Mit wie vielen Kopfkissen schlafen Sie?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>3.6. Schlafen Sie im Sitzen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.7. Welche Risikofaktoren liegen jetzt vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck. Wenn ja, wie hoch? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> erhöhter Cholesterinspiegel. Wenn ja, wie hoch? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Raucher Wenn ja, wie viele Zigaretten haben Sie durchschnittlich geraucht / rauchen Sie? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit. Wenn ja, halten Sie Diät? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nehmen Sie Tabletten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Spritzen Sie Insulin? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wieviele Einheiten tgl.? <input type="text"/></p>
<p>3.8. Welche Medikamente bekommen Sie, in welcher Menge und wie oft?</p>	<p><input type="text"/></p>

<p>3.9. Sind Sie voll arbeitsfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein, wie stark sind sie eingeschränkt?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>
<p>3.10. Wo erfolgt die regelmäßige Schrittmacher-Überwachung?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>
<p>4. Allgemeine Fragen</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> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>4.3. 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: 25px; width: 100%;"></div>
<p>4.4. 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: 35px; width: 100%;"></div>
<p>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; 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>	

■ / Fragebogen Herzschrittmacherbehandlung / Seite 4/4

Mitarbeiter:
Datum :
Uhrzeit: von bis

- telefonische Erfassung schriftliche Kundenangaben
- persönliche Besprechung
- im Maklerbüro beim Kunden
-

Rev002 vom 22.10.2009