Fragebogen Augenerkrankungen

Bechstein Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Eichendorffstr. 12
65187 Wiesbaden
jb@vmwi.gmbh
0611-945892401
www.vmwi.gmbh

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Bechstein Versicherungsmakler GmbH & Co. KG

Eichendorffstr. 12 • 65187 Wiesbaden
Tel.: 0611 / 945892402
jb@vmwi.de
https://www.vmwi.de

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Zu versichernde Person	
1.1. Vorname, Nachname	
1.2. Geburtsdatum	
1.3. Beruf	
1.4. Berufsstatus	☐ Selbständig ☐ Arbeitnehmer ☐ Beamter ☐ Öffentlicher Dienst ☐ andere
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Bestehen oder bestanden die Augenerkrankungen oder Beeinträchtigungen des Sehvermögens?	☐ beidseitig ☐ nur links ☐ nur rechts
2.2. Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. unscharfes Sehen, Augenzittern, Schielen, Doppelbildwahrnehmung Störungen des Dämmerungssehens (Nachtblindheit) oder des Farbsinns, Wahrnehmung von Lichtblitzen oder Schatten im Auge, Blendungsempfindlichkeit, Schmerzen, Gesichtsfeldverlust?	☐ nein ☐ ja Falls ja, wann erstmal? Wann zuletzt? Welche Beschwerden, in welchen Abständen?
2.3. Gibt es Auslöser für die Beschwerden?	☐ nein ☐ ja Falls ja, welche?

Bechstein Versicherungsmakler Gmbh & Co. KG
VMWI
Eichendorffstr. 12
65187 Wiesbaden
jb@vmwi.gmbh
0611-945892401
www.vmwi.gmbh

2.4. Haben Sie aufgrund der Erkrankung oder der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler. Bitte Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler)	☐ nein ☐ ja Falls ja, 1. Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten: erstmal aufgesucht am zuletzt aufgesucht am 2. Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten: erstmal aufgesucht am zuletzt aufgesucht am
2.5. Unter welchen Augenerkrankungen bzw. Sehstörungen leiden oder litten Sie?	Wann erstmals? Wann zuletzt?
2.6. Sind die Erkrankungen/ Sehstörungen	☐ angeboren? ☐ Folge einer anderen Erkrankung? ☐ unfallbedingt? ☐ sonstiger Ursache? Welcher?
2.7. Welche Untersuchungen wurden aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden bei Ihnen durchgeführt?	☐ Untersuchung der Sehschärfe: Wann? ☐ mit Korrektur besteht die volle Sehschärfe **beidseitig** ☐ mit Korrektur besteht die volle Sehschärfe **nur links** ☐ mit Korrektur besteht die volle Sehschärfe **nur rechts** ☐ trotz Korrektur besteht keine volle Sehschärfe **beidseitig** ☐ Messung des Augeninnendrucks: Wann? Mit welchem Ergebnis? ☐ Untersuchung des Gesichtsfeldes: Wann? Mit welchem Ergebnis? ☐ Untersuchung des Augenhintergrundes: Wann? Mit welchem Ergebnis? ☐ andere augenärztliche Untersuchung: Wann? Mit welchem Ergebnis?

Bechstein Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
VMWI
Eichendorffstr. 12
65187 Wiesbaden
jb@vmwi.gmbh
0611-945892401
www.vmwi.gmbh

2.8 Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?	☐ nein ☐ ja Falls ja, welche und wann
2.9 Falls ein Sehfehler besteht:	Wird eine Brille und/oder Kontaktlinsen getragen? ☐ nein ☐ ja Falls ja, wie hat sich die Stärke der zum Ausgleich des Sehfehlers benötigten Sehhilfen (Brille/Kontaktlinsen) in den letzten 5 Jahren geändert? Dioptrienzahl **rechts** **links** (Falls Brillenpass vorhanden, bitte Kopie beifügen)
2.10 Sind Laserbehandlungen der Augen durchgeführt worden oder vorgesehen?	☐ nein ☐ ja Falls ja, welche und wann ☐ der Netzhaut (Augenhintergrund) ☐ der Hornhaut (Korrektur eines Sehfehlers, z. B. LASIK) ☐ beidseitig ☐ nur links ☐ nur rechts Dioptrienzahl vor der Laserbehandlung **rechts** **links** Wo? (Name und Anschrift der Ärzte / des Krankenhauses) (Befunde bitte beilegen)
2.11 Sind Operationen der Augen durchgeführt worden oder vorgesehen?	☐ nein ☐ ja Falls ja, welche und wann Wo? (Name und Anschrift der Ärzte/des Krankenhauses) (Befunde bitte beilegen)
2.12 Wie wurde ansonsten behandelt?	☐ keine Behandlung ☐ Augentropfen, Name von bis Wie oft täglich? ☐ andere Therapien von bis Wie oft wöchentlich?
2.13 Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Sehstörungen trotz Korrektur mit Brille oder Kontaktlinsen, Kopfschmerzen bei hoher Sehanforderung, eingeschränktes Lesevermögens)?	☐ nein ☐ ja Falls ja, welche?

Bechstein Versicherungsmakler Gmbh & Co. KG
VMWI
Eichendorffstr. 12
65187 Wiesbaden
jb@vmwi.gmbh
0611-945892401
www.vmwi.gmbh

2.14 Haben die Beschwerden/Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?	☐ nein ☐ ja Falls ja, zu welchen?
2.15 Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?	☐ nein ☐ ja Falls ja, wie oft? ☐ von: ☐ bis: ☐ von: ☐ bis: ☐
2.16 Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Lupen oder spezielle Sehhilfen?	☐ nein ☐ ja Falls ja, welche?
2.17. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?	☐ nein ☐ ja Falls ja, empfohlene Tätigkeit:
2.18 Werden in der Ausübung Ihres Berufes besondere Anforderungen an das Sehvermögen gestellt?	☐ nein ☐ ja Falls ja, bitte beschreiben Sie die näheren Umstände
2.19 Benutzen Sie einen Computer?	☐ nein ☐ ja Falls ja, wie viele Stunden pro Tag durchschnittlich? ☐
2.20 Welcher Arzt ist am Besten über die Erkrankung informiert?	Name und Anschrift des Arztes
3. Allgemeine Fragen	Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen
3.1. Nehmen Sie aktuell Medikamente?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, welche?
3.2. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift
3.3. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	

Bechstein Versicherungsmakler Gmbh & Co. KG
VMWI
Eichendorffstr. 12
65187 Wiesbaden
jb@vmwi.gmbh
0611-945892401
www.vmwi.gmbh

3.4. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)
3.5. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?
4. 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 ☐
Rev001 vom 22.02.2013	