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. Unter welchen Erkrankungen oder Beschwerden der Gelenke einschließlich der Bänder und Sehnen leiden bzw. litten Sie?	
2.2. Wo und wann treten bzw. traten die Beschwerden / Erkrankung auf?	☐ links ☐ rechts ☐ beidseitig ☐ einmalig - wann? wie lange? ☐ wiederholt - seit wann? wann zuletzt? wie oft jährlich? wie lange jeweils? ☐ dauernd - seit wann?

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

2.3. Welche Ursachen sind Ihnen für Ihre Gelenkerkrankung / -beschwerden bekannt?	☐ Blockierung ☐ Degenerative Veränderung ("Verschleiß") ☐ Fehlhaltung, Fehlbelastung ☐ Angeborene Fehlstellung ☐ Hüftgelenkveränderung ☐ Zerrung, Verstauchung ☐ Fraktur, sonstiger Unfall ☐ Rheumatische Erkrankungen ☐ Gelenküberlastung (z.B. schweres Heben, Sport) ☐ Ursache nicht bekannt ☐ Sonstige Ursache, welche?
2.4. Wurde im Zusammenhang mit Ihrer Gelenkserkrankung ein Krankenhaus- oder Kuraufenthalt erforderlich?	☐ nein ☐ ja wenn **ja**, wann und Name / Anschrift des Krankenhauses / Kuranstalt
2.5. Wurde eine Röntgenuntersuchung, eine Computertomographie (CT), eine Magnetresonanz-tomographie, (MRT) oder eine Arthroskopie (Gelenkspiegelung) durchgeführt?	☐ nein ☐ ja wenn **ja**, bitte hierzu nähere Angaben: Wann? Ergebnis?
2.6. Wie wurden oder werden Sie behandelt?	☐ Medikamente, Injektionen ☐ Krankengymnastik ☐ Arthroskopie (Gelenkspiegelung) ☐ Chirotherapie ☐ Bestrahlung / Fango ☐ Operation - wann? ☐ sonstige Behandlung - welche?
2.7. Von wem (Arzt / Krankenhaus) und wann wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?	Bitte nennen Sie: Name / Anschrift, Zeitpunkt / Zeitraum, Untersuchung / Behandlung:
2.8. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der Gelenkerkrankung?	☐ nein, keine Folgen / Beschwerden seit ☐ ja, Art der Folgen / Beschwerden
2.9. Waren Sie aufgrund der Gelenkerkrankung / -beschwerden in den letzen 5 Jahren länger als 5 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig?	☐ nein ☐ ja, bitte Arbeitsunfähigkeitszeiten angeben:

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

2.10. Bestehen bei Ihnen Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Beantragung oder Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (MdE / GdB)?	☐ nein ☐ ja wenn **ja**, ____ % GdB / ____ % MdE, Grund:
2.11. Ist Ihnen in Verbindung mit der / den Gelenkerkankung / -beschwerden ein Berufs-oder Tätigkeitswechsel angeraten worden?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, angeratener Berufs- / Tätigkeitsbereich:
3. 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 28.07.2017	