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. Welche Diagnose stellte der Arzt (z.B. Harnröhren-, Harnblasen-, Nierenbecken-, oder Nierenentzündung, Nephrose, Nierensteine, Hydronephrose, Geschwulst, Prostatahypertrophie)?	
2.2. Wann erstmals aufgetreten?	
2.3. Wie lange dauerte die Behandlung an?	
3. Fragen zum Krankheitsverlauf	
3.1. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann und wo?

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

3.2. Wurden Sanatoriumskuren erforderlich?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann und wo?
3.3. Wurden Sie operiert?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann, mit welchem Ergebnis?
3.4. Ist eine Operation vorgesehen?	☐ nein ☐ ja
3.5. Datum und Ergebnis der letzten Blutdruckmessung	
3.6. Datum und Ergebnis der letzten Urinuntersuchung	
3.7. Nehmen Sie jetzt noch Medikamente?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, welche?
3.8. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?	☐ nein ☐ ja
3.9. Sind sie jetzt vollkommen gesund?	☐ nein ☐ ja Wenn **nein**, welche Beschwerden bestehen noch?
4. Allgemeine Fragen	Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen
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?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)

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

4.4. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?	☐ nein ☐ 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 ☐ ☐
Rev0002 vom 21.10.2009	