Fragebogen Kopfbereich allgemein

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. Leiden oder litten Sie unter mehr als einmal im Monat auftretenden oder länger als 6 Stunden anhaltenden Kopfschmerzen?	☐ nein ☐ ja wenn **ja**, wann erstmals? Wann zuletzt? Wie oft im Jahr? Mal Wie lange halten die Schmerzen an? Stunden Bestehen dabei oder danach weitere Beschwerden (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen)? ☐ nein ☐ ja wenn ja, welche?
2.2. Leiden oder litten Sie unter Schwindelzuständen?	☐ nein ☐ ja wenn ja, wann erstmals? Wann zuletzt? Wie oft im Jahr? Mal

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

2.3. Leiden oder litten Sie unter Ohnmachten oder Krampfanfällen?	☐ nein ☐ ja wenn ja, wann erstmals? Wann zuletzt? Wie oft im Jahr? Mal
2.4. Leiden oder litten Sie unter Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen?	☐ nein ☐ ja wenn ja, an: ☐ Gedächtnisstörungen ☐ Konzentrationsstörungen wann erstmals? Ist eine Ursache bekannt? ☐ nein ☐ ja:
2.5. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren unter Reizbarkeitszuständen oder Verstimmungen?	☐ nein ☐ ja wenn ja, wann erstmals? Wann zuletzt? Wie oft im Jahr? Mal
2.6. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren unter Erschöpfungszuständen oder Schlafstörungen?	☐ nein ☐ ja wenn ja, wann erstmals? Wann zuletzt? Wie oft im Jahr? Mal
2.7. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden?	☐ nein ☐ ja wenn ja, welche?
3. Fragen zur Behandlung und Diagnose	
3.1. Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?	☐ nein ☐ ja wenn ja, Name und Anschrift sowie Datum der ersten und letzten Untersuchung angeben:
3.2. Wurde eine bildgebende Diagnostik diesbezüglich durchgeführt? (z.B. Röntgen, Kernspintomographie, Ultraschalluntersuchung)	☐ nein ☐ ja wenn ja, welche Untersuchung wurde durch welchen Arzt mit welchem Ergebnis durchgeführt? Wenn möglich Befund beilegen!

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

3.3. Wurden Elektroenzephalogramme (EEG), testpsychologische Untersuchungen oder andere Hirnleitungstests durchgeführt?	☐ nein ☐ ja wenn ja, welche Untersuchung wurde durch welchen Arzt mit welchem Ergebnis durchgeführt? Wenn möglich Befund beilegen!
3.4. Wie bezeichnete der Arzt das Leiden?	
4. Fragen zum Krankheitsverlauf	
4.1. Sind aufgrund der Erkrankung akut Behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?	☐ nein ☐ ja wenn ja, welche und wann?
4.2. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann und wo?
4.3. War eine Sanatoriumskur erforderlich?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann und wo?
4.4. Wie wurde / wird ansonsten behandelt?	☐ keine Behandlung ☐ Medikamente: Welche Medikamente werden / wurden wie oft täglich und in welchem Zeitraum eingenommen? ☐ Therapien: Welche Therapien werden / wurden wie oft wöchentlich und in welchem Zeitraum in Anspruch genommen?
5. Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand	

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

5.1. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Schädel- oder Gehirnschäden, Schlafstörungen, Angstzustände)	☐ nein ☐ ja wenn ja, welche?
5.2. Haben die Beschwerden / Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?	☐ nein ☐ ja wenn ja, welche?
5.3. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?	☐ nein ☐ ja wenn ja, wie oft und in welchen Zeiträumen?
5.4. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereist erfolgt oder angeraten?	☐ nein ☐ ja wenn ja, für welche Tätigkeit?
5.5. Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen psychischen Belastungen oder Stress ausgesetzt?	☐ nein ☐ ja wenn ja, beschreiben Sie bitte die näheren Umstände
6. 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 18.11.2010	