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 ☐
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Seit wann besteht der Kropf?	
2.2. Wie groß ist Ihr Halsumfang (über dem höchsten Punkt des Kropfes gemessen)?	cm
2.3. Haben Sie durch den Kropf Beschwerden (z.B. Atemnot, Heiserkeit, Angstzustände)?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, welche?
2.4. Sind bei Ihnen Symptome der Basedowschen Krankheit festgestellt worden?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, welche?
2.5. Leiden Sie an Pulsbeschleunigung oder Herzklopfen?	☐ nein ☐ ja
2.6. Ist die Kropfgeschwulst in den letzten Jahren gewachsen?	☐ nein ☐ ja

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

3. Fragen zum Behandlungsverlauf	☐ es hat keine Behandlung stattgefunden
3.1. Auf welche Art wurde der Kropf behandelt?	
3.2. War die Behandlung erfolgreich?	☐ nein ☐ ja
3.3. Wurde bei Ihnen ein Grundumsatztest, ein Radio-Jod-Test oder eine Jod-Bestimmung im Blut durchgeführt?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann, von welchem Arzt und mit welchem Befund?
3.4. Wurden Sie operiert?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann und wo?
3.5. Wurde eine Bestrahlung durchgeführt?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, welche?
3.6. Ist eine Operation vorgesehen?	☐ nein ☐ ja
3.7. Werden oder wurden Medikamente eingenommen?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, welche Dosierung und über welchen Zeitraum?
3.8. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift
3.9. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, aus welchem Grund (gfls. Grad der Behinderung angeben)

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

3.10. 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 ☐
Rev002 vom 21.10.2009	