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. Wie wurde das Gallen- oder Leberleiden ärztlicherseits bezeichnet?	
2.2. Haben Sie an Gallensteinen gelitten?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann?
2.3. Wie oft und zu welchen Zeiten sind Koliken aufgetreten?	
2.4. Haben Sie an Gallenblasenentzündung gelitten?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann?
2.5. Wurde die Gallenblase operativ entfernt?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann?
2.6. Ist eine Operation vorgesehen?	☐ nein ☐ ja

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

2.7. Wurde eine Leberschwellung festgestellt?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann?
2.8. Bestand Gelbsucht?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, von wann bis wann?
2.9. Besteht jetzt noch eine Leberschwellung?	☐ nein ☐ ja
2.10. Haben Sie jetzt noch Gallen- oder Leberbeschwerden?	☐ nein ☐ ja
2.11. Können Sie alle Speisen vertragen?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, welche nicht?
2.12. Halten sie eine Diät ein?	☐ nein ☐ ja
2.13. Werden aktuell noch Medikamente eingenommen?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, welche, Dosierung und über welchen Zeitraum?
2.14. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann und wo?
2.15. War eine Sanatoriumskur erforderlich?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann und wo?
2.16. Wurde eine Leberpunktion vorgenommen?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann und wo?
2.17. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift

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

2.18. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)
2.19. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?
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 ☐
Rev002 vom 21.10.2009	