Fragebogen Ohrenerkrankungen

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 die Ohrenerkrankung ärztlicherseits bezeichnet?	
2.2. Leiden oder litten Sie an Mittelohrentzündung?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann?
2.3. Haben Sie jemals an Ohrenfluss gelitten?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann?
3. Fragen zum Krankheitsverlauf	

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

3.1. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann und wo?
3.2. Wurde eine Operation vorgenommen?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann und wo?
3.3. Ist eine Operation vorgesehen?	☐ nein ☐ ja
3.4. Sind Folgen zurückgeblieben (z.B. Schwerhörigkeit, Durchlöcherung der Trommelfelle, Schwindelanfälle)?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, welche?
3.5. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?	
3.6. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?	☐ nein ☐ ja
3.7. 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
VMWI
Eichendorffstr. 12
65187 Wiesbaden
jb@vmwi.gmbh
0611-945892401
www.vmwi.gmbh
Gmbh & Co. KG

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 ☐
Rev002 vom 21.10.2009	