

**Beratung durch:**

Stöver, Hermann & Partner GmbH  
 Hollerallee 25 • 28209 Bremen  
 Tel.: 0421 / 3 48 55-0 • Fax: 0421 / 3 49 11 44  
 info@shp-bremen.de  
 http://www.shp-bremen.de/

**Versicherungsnehmer:**

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<b>1. Zu versichernde Person</b>	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/> , <input type="text"/>
1.2. Geburtsdatum	<input type="text"/>
1.3. Beruf	<input type="text"/>
1.4. Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
1.5. Größe	<input type="text"/> cm
1.6. Gewicht	<input type="text"/> kg
1.7. Haben Sie in den letzten Jahren an Gewicht zugenommen / verloren?	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme ca. <input type="text"/> kg in den letzten <input type="text"/> Jahren <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust ca. <input type="text"/> kg in den letzten <input type="text"/> Jahren
<b>2. Fragen zur Erkrankung</b>	
2.1. Seit wann ist Ihnen bekannt, dass Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit) leiden?	<input type="text"/>
2.2. Stehen Sie wegen Ihrer Zuckerkrankheit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann haben Sie Ihren Arzt zuletzt aufgesucht? <input type="text"/>
<b>3. Fragen zum Krankheitsverlauf</b>	
3.1. Hatten Sie jemals Aceton im Urin?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann? <input type="text"/>

<p>3.2. Ist bei Ihnen jemals ein Koma aufgetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                  Wenn <b>ja</b>, wann?  <input type="text"/></p>
<p>3.3. Sind bei Ihnen Schockzustände aufgetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                  Wenn <b>ja</b>, wann?  <input type="text"/></p>
<p>3.4. Halten Sie regelmäßig eine Diät ein?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                  Wenn <b>ja</b>, seit wann?  <input type="text"/></p>
<p>3.5. Werden Sie mit Insulin behandelt oder haben Sie sich selbst damit behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                  Wenn <b>ja</b>, welches Präparat verwenden Sie mit welcher Dosis pro Tag?  <input type="text"/></p>
<p>3.6. Wird Ihre Zuckerkrankheit mit Tabletten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                  Wenn <b>ja</b>, welches Präparat nehmen Sie?  <input type="text"/></p>
<p>3.7. Wann wurde zuletzt eine Urinuntersuchung bei Ihnen vorgenommen?</p>	<p><input type="text"/>                  mit welchem Ergebnis?  <input type="text"/>  <input type="checkbox"/> Eiweiß oder Aceton wurde festgestellt  <input type="checkbox"/> Eiweiß oder Aceton wurde nicht festgestellt</p>
<p>3.8. Wann wurde zuletzt eine Blutzuckeruntersuchung bei Ihnen vorgenommen?</p>	<p><input type="text"/>                  mit welchem Ergebnis?  <input type="text"/></p>
<p>3.9. Wurde bei Ihnen ein hoher Blutdruck gemessen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                  Wenn <b>ja</b>, wann und welche Blutdruckwerte wurden gemessen?  <input type="text"/></p>
<p>3.10. Wurde bei Ihnen eine Augenhintergrunduntersuchung vorgenommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                  Wenn <b>ja</b>, mit welchem Ergebnis?  <input type="text"/></p>

**4. Allgemeine Fragen**

<p>4.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
<p>4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
<p>4.3. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>
<p>4.4. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p><b>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>
<p><b>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</b></p>	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p>   <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
<p><b>Interne Notizen</b></p>	
<p>Mitarbeiter: <input style="width: 250px;" type="text"/>          Datum : <input style="width: 250px;" type="text"/>          Uhrzeit: Von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben  <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung  <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden  <input type="checkbox"/> <input style="width: 150px;" type="text"/></p>
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	