

Versicherungsnehmer:

*Beratung durch:*

OPTICON Beratungs- und Finanzdienstleistungs GmbH

Hauptstr. 24 • 67273 Weisenheim am Berg  
 Tel.: 06353/5080200  
 Fax: 06353/5080201  
 info@opticon-bfg.de  
 http://www.opticon-bfg.de/

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<p><b>Anfrage wegen:</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>Ihre Patientin / Ihr Patient (= Versicherungsnehmer s.o.) möchte sich gegen biometrische Risiken absichern. Unsere Vorabprüfung hat ergeben, dass für eine exakte Prüfung durch Versicherungsgesellschaften genauere Informationen zur diagnostizierten Krankheit benötigt werden.</p>
<p><b>Genauere wissenschaftliche Diagnose:</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
<p><b>Behandlungszeitraum:</b></p>	<p>von: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>bis: <input style="width: 150px;" type="text"/></p>
<p><b>Art und Umfang der Behandlung:</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>

<b>Heutiger Befund:</b>	
<b>Welche zukünftigen Behandlungen sind zu erwarten?</b>	
<b>Bemerkungen:</b>	
<b>Ort, Datum</b>	<b>Stempel und Unterschrift des Arztes</b>
<b>Interne Notizen</b>	
Mitarbeiter: <input style="width: 100%;" type="text"/> Datum : <input style="width: 100%;" type="text"/> Uhrzeit: Von <input style="width: 150px;" type="text"/> bis <input style="width: 150px;" type="text"/>	<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"/>
Rev001 vom 01.02.2010	