



Ärztliches Zeugnis

Name, Vorname				Geburtsdatum	
	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers		
Straße und Hausnummer				Postleitzahl und Ort	
derzeitige berufliche Tätigkeit					

Bitte beachten Sie: die Kosten für die Erstellung des ärztlichen Zeugnisses bzw. die Kosten der Untersuchung trägt der/ die Antragsteller/in

I. Erklärung vor dem Arzt / der Ärztin - nachfolgende Angaben müssen vom Antragsteller (zusätzlich zu den Angaben des Antrages) gemacht werden.

Größe		cm	Gewicht		kg
			falls ja, Diagnose/ Beschwerden, wo behandelt (Arzt) - Befunde?		Wann?
1. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, Anomalien, Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen oder Funktionsbeeinträchtigungen? (z.B. Augenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar			
	<input type="checkbox"/>	nein			
2. Finden oder fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Behandlungen, Beobachtungen, Untersuchungen, Therapien/ Gesprächstherapien, Kontrolluntersuchungen oder Operationen - einschließlich Versorgung mit Körperimplantaten oder Fremdmaterial - statt (z.B. in Krankenhäusern, Sanatorien, Kurkliniken, Therapiezentren)	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar			
	<input type="checkbox"/>	nein			
2 a) Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
3. Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Mit welchem Ergebnis?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
4. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
4. a) besteht eine Erkrankung der weiblichen Organe?	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar			
	<input type="checkbox"/>	nein			
5. Wurde jemals eine HIV-Infektion/Aids festgestellt oder steht noch ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
6. Besteht und/oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit oder wurden in diesem Zeitraum regelmäßig Medikamente oder Betäubungsmittel/Drogen eingenommen?	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar (Art +Menge)			
	<input type="checkbox"/>	nein			
Haben Sie einen Hausarzt? Wenn ja, geben Sie bitte Namen, die vollständige Adresse und die Fachrichtung an	<input type="checkbox"/>	ja			seit wann Patient
	<input type="checkbox"/>	nein			

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Erklärungen einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bilden und dass ich die oben genannten Fragen, die mir vom Arzt/ der Ärztin einzeln vorgelesen wurden, persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet habe

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)
Anamnese erhoben - Ort, Datum	Stempel/Unterschrift des Arztes / der Ärztin

II. Untersuchungsbefund für		Name, Vorname			
				Erläuterung der Befunde/ Abweichungen	
1. Haben Sie die Person bereits untersucht, beraten oder behandelt? Falls ja, bitte Diagnosen und genaue Behandlungsdaten angeben.	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
2. Größe und Gewicht	cm				
	kg				
3. Macht die Person einen altersentsprechenden gesunden Eindruck?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
3. Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Mit welchem Ergebnis?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
4. Ist das Reflexverhalten normal?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
5. Finden sich Hinweise auf Krankheiten:					
a) des Skeletts- und Bewegungsapparates?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
b) der Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
c) der Sinnesorgane?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
d) des Nervensystems und der Psyche?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
e) des Hormonsystems?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
f) der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
g) der Gefäße?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
g.1) bestehen Ödeme	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
g.2) bestehen Hämorrhoiden, Krampfadern? (Art und Umfang?)	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
g.3) Bestehen Narben, Ulzera? (Art und Umfang?)	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
h) des Herzens / des Kreislaufs?					
h. 1) Puls in Ruhe					
- nach 10 Kniebeugen					
- Rückkehr zur Norm					
h. 2) Blutdruck in Ruhe					
- nach 10 Kniebeugen					
h.3) sind krankhafte Geräusche am Herzen feststellbar?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
h.4) Besteht eine Arrhythmie?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
h.5) Ist eine Herzvergrößerung/ -verlagerung bekannt?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
h.6) Bestehen Anzeichen einer Herzinsuffizienz?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
h.7) Besteht Dyspnoe?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
i) der Atmungsorgane?					
i.1) Besteht Heiserkeit, Husten, Bronchitis? (Seit wann? Umfang?)	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
i.2.) Liegen Deformationen des Brustkorbs vor?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
i.3) Gibt es Abweichungen bei den Ergebnissen von Perkussion und Auskultation?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
j) der Verdauungs- und Bauchorgane?					
j.1) Liegen Krankheitsbefunde an Zunge, Mandeln, Rachen vor?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
j.2) Liegen Krankheitsbefunde des Bauches vor?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
j.3) Ist die Leber tastbar?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
j.4) Ist die Milz tastbar?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			
III. Fortsetzung Untersuchungsbefund		Name, Vorname			
				Erläuterung der Befunde/ Abweichungen	
j.5) Besteht ein Bruchleiden?	<input type="checkbox"/>	ja			
	<input type="checkbox"/>	nein			

j.6) Sind Krankheitsbefunde an den Verdauungsorganen bekannt?	<input type="checkbox"/>	ja	
	<input type="checkbox"/>	nein	
k) der Geschlechtsorgane ?	<input type="checkbox"/>	ja	
	<input type="checkbox"/>	nein	
l) der Nieren und ableitenden Harnwege ?	<input type="checkbox"/>	ja	
	<input type="checkbox"/>	nein	
I.1) Harnuntersuchung			Sediment
Eiweiß	<input type="checkbox"/>	ja	
	<input type="checkbox"/>	nein	
Zucker	<input type="checkbox"/>	ja	
	<input type="checkbox"/>	nein	
Ubg. vermehrt	<input type="checkbox"/>	ja	
	<input type="checkbox"/>	nein	
äußere Beschaffenheit			
Bestandteile			
m) des Immunsystems (z.B. HIV, Aids) ?	<input type="checkbox"/>	ja	
	<input type="checkbox"/>	nein	

6. Sonstiges			
Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde erhoben?	<input type="checkbox"/>	ja	
	<input type="checkbox"/>	nein	

7. aktuelle Blutuntersuchung (nüchtern) - nicht älter als 3 Wochen
liegt bereits ein akt. Laborbericht mit den unten angegebenen Laborwerten / Norwerten vor, genügt es, wenn dieser dem ärztlichen Zeugnis beigelegt wird

	Laborwerte vom	Normwerte
SGOT:		
SGPT:		
GAMMA GT:		
Kreatinin		
Harnstoff:		
Harnsäure:		
Blutzucker:		
Gesamtcholesterin:		
HDL-Cholesterin		
LDL-Cholesterin		

	Laborwerte vom	Normwerte
Triglyceride:		
PTT:		
Erythrozyten:		
Hämatokrit:		
Hämoglobin:		
MCV:		
Leukozyten:		
Thrombozyten:		

Ort, Datum	Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin