

Ärztliches Kurzattest			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation				
2. Behandlungsdauer	von	bis	von	bis
3. Behandlungsumfang				
4. Medikamente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
5. Operation(en) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
6. Operation(en) angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
7. Behandlung(en) abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
8. Prognose?				

Platz für weitere Hinweise

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?			
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes			
--	--	--	--

Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg



Ärztliches Zeugnis zur Prüfung Wartezeiterlass			Stand 01.21
Antrag vom		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung
Antragsteller	Vorname	Name	Geburtsdatum
Erstwohnsitz lt. Melderegistereintrag			
Ich bitte um ein ärztliches Zeugnis für	Vorname	Name	Geburtsdatum
Das ärztliche Zeugnis muss innerhalb von 14 Tagen nach o. g. Antragstellung bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG eingereicht werden.			
Die Kosten für die Untersuchung und das ärztliche Zeugnis werden vom Antragsteller getragen. Das ärztliche Zeugnis geht auch bei einer Ablehnung des Antrags in das Eigentum der HanseMerkur Krankenversicherung AG über. Ich, die zu versichernde Person , befreie hiermit den untersuchenden Arzt von seiner gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige ihn, der HanseMerkur Krankenversicherung AG alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.			
Ort, Datum		Unterschrift des Antragstellers und der zu untersuchenden Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter	

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und aussagekräftig. Striche o. Ä. gelten als Nichtbeantwortung der Frage(n) und wirken sich unter Umständen nachteilig für Ihren Patienten / Ihre Patientin aus. !

Allgemeine Anamnese (Diagnosen, Beschwerden, Behandlungen inkl. Zeiten [ambulant/stationär/Sanatorium/Kur], behandelnde Ärzte)			
1.			
2.			
3. <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unbekannt			
Appetit	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig, und zwar	
Durst	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig, und zwar	
Schlaf	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig, und zwar	
Gewicht/kg	<input type="checkbox"/> konstant	<input type="checkbox"/> Zu-/Abnahme:	kg in Wochen gewollt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Miktion	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, und zwar	Nykturie	<input type="checkbox"/> 0 – 1 mal <input type="checkbox"/> mehr als 1 mal, und zwar Anzahl: mal
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, und zwar		
Menses regelmäßig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zuletzt am	Nachtschweiß <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alkohol	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Menge		Nikotin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medikamente / Drogen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
Husten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Auswurf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
Es besteht Sterilität	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bestehen aktuell Beschwerden/Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte nachstehend aufführen)		
1.	ärztlich behandelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2.	ärztlich behandelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3.	ärztlich behandelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wird aktuell eine Therapie durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
Ist eine Therapie angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		

Ärztliches Zeugnis zur Prüfung Wartezeiterlass		Stand 01.21	
Antrag vom		PNR/VSNR	

Untersuchungsbefunde				
Größe/cm	Gewicht/kg	sichtbare Behinderung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
Zyanose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ikterus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ödeme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einflussstauung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Lymphknoten vergrößert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Struma <input type="checkbox"/> ja, Grad <input type="checkbox"/> nein		Halsumfang/cm		
Mundhöhle Schleimhäute gut durchblutet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Rachenring reizlos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Zahnstatus <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftig		sonstiges		
Herz	Herzgrenzen <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unauffällig	Herztöne <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unauffällig/rein	Herzfrequenz/min <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig	
	RR/mmHG	unter Medikation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	periphere Pulse seitengleich tastbar <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pulmo	Klopfschall sonor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Auskultationsbefund: Vesikuläratmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Abdomen				
Leber tastbar in		cm unter dem Rb.,	Konsistenz:	
Path. Resistenzen?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> vorhanden		Bruchpforten geschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nierenlager frei?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Milz tastbar? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mammae (z. B. Hypertrophie)	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig		Genitale <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig	
Varizen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Reflexe altersgerecht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Narben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		reizlos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Skelettsystem	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, und zwar			
Haut	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, und zwar			
Neurologischer Befund	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, und zwar			
Psychischer Befund <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, und zwar				
Labor: Angabe nur dann, wenn Daten vorliegen. Stand der Untersuchung vom _____ (nüchtern)				
BSG	GGT	GOT	GPT	BZ
CHOL	TRIG	BILI	KREA	HS
Haben sich besondere Befunde ergeben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar				
Bestehen erkennbare Anomalien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar				
Der Patient/Die Patientin ist mit bekannt seit				

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin)

Bitte senden Sie das ärztliche Zeugnis an:

E-Mail: kv-antrag@hansemerkur.de

oder

Fax: 040 4119-3257

Sollten Sie Vorbehalte gegen eine Zustellung per E-Mail oder Fax haben, senden Sie das ärztliche Zeugnis bitte an:

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Postfach, 20352 Hamburg

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest ALLERGIE			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation				
2. Seit wann besteht die Erkrankung und welcher Art ist sie?	seit	<input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> chronisch	<input type="checkbox"/> Tendenz zur Chronifizierung
3. Worauf ist die Erkrankung zurückzuführen?				
4. Bestehen aktuelle Beschwerden? Seit wann und wo bestehen diese Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> ja, und zwar			
	seit	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Atemwege	<input type="checkbox"/> Gastrointestinaltrakt
	<input type="checkbox"/> andere, und zwar			
5. Bestehen asthmatische Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
6. Allergologische Untersuchungsbefunde				
7. Geplante Diagnostik				
8. Wird/wurde bereits ein Heilverfahren/eine Therapie durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja, in Form		<input type="checkbox"/> einer Hyposensibilisierung	erfolgreich?
	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> andere(r), und zwar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Sind weitere Therapien geplant oder angeraten?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> einer Hyposensibilisierung	<input type="checkbox"/> andere(r), und zwar
	<input type="checkbox"/> ja, in Form		<input type="checkbox"/> eines Heilverfahrens	
10. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung und der beruflichen Tätigkeit Ihres Patienten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
11. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> andere, und zwar			
12. Wann wurden sie behandelt?				
Platz für weitere Hinweise				

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?				
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes				
Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.				

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest ALLGEMEIN			Stand 01.2021
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung
Vorname, Name			Geburtsdatum
Anschrift			
Behandelt wegen			

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation					
2. Seit wann besteht die Erkrankung?					
3. Worauf ist die Erkrankung zurückzuführen?					
4. Bestehen aktuelle Beschwerden?					
5. Wesentlichen Befunde der körperlichen Untersuchung vom	Größe/cm	Gewicht/kg	RR/mmHg	Pulsfrequenz/min	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
6. Kamen bildgebende Verfahren zur Anwendung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Szintigraphie <input type="checkbox"/> andere _____ Ergebnis:				
7. Wurde ein EKG erstellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis:				
8. a) Aktuelle Therapie?					
b) Wann fanden Behandlungen statt?					
c) Laborergebnisse vom					
9. Sind weitere ggf. auch operative therapeutische Maßnahmen erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar				
10. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis / von bis				
11. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar				
12. Wann wurden sie behandelt?					
Platz für weitere Hinweise					

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?	
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes	
--	--

Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest ATMUNG			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.		Abt. B Kundenbetreuung
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation	
2. Seit wann besteht die Erkrankung?	
3. Worauf ist die Erkrankung zurückzuführen?	
4. Bestehen aktuelle Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
5. Röntgen-/CT-Befund der Lunge?	
6. Allergologische Befunde?	
7. Lungenbefund?	Inspektion <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Befund:
	Palpation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Befund:
	Auskultation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Befund:
	Perkussion <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Befund:
	Spirometrie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Befund:
	DCO/TCO <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Befund:
8. Ergebnisse der letzten Laboruntersuchungen vom	
9. Bestehen / bestanden asthmatische Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, im Zeitraum
10. Geplante Diagnostik	
11. a) Aktuelle Therapie	
b) Wann fanden Behandlungen statt?	
12. Wurde bereits ein Heilverfahren durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit welchem Erfolg?
13. Sind weitere therapeutische Maßnahmen geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Kur-/Sanatoriumsaufenthalt <input type="checkbox"/> andere, und zwar
14. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis / von bis
15. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
16. Wann wurden sie behandelt?	
Platz für weitere Hinweise	

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?	
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes	

Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest AUGEN			Stand 01.2021
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung
Vorname, Name			Geburtsdatum
Anschrift			
Behandelt wegen			

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation	
2. Seit wann besteht die Erkrankung?	
3. Worauf ist die Erkrankung zurückzuführen?	
4. Bestehen aktuelle Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
5. Ist das Sehvermögen normal?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Gläserstärke
6. Besteht ein	Cataract? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beiderseits Glaukom? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beiderseits
7. Geplante Diagnostik	
8. Sind weitere therapeutische Maßnahmen erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Laserung <input type="checkbox"/> andere, und zwar
9. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis von bis
10. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
11. Wann wurden sie behandelt?	

Platz für weitere Hinweise

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?	
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes	
--	--

Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest BLUT			Stand 01.2021
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung
Vorname, Name			Geburtsdatum
Anschrift			
Behandelt wegen			

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation	
2. Seit wann besteht die Erkrankung?	
3. Worauf ist die Erkrankung zurückzuführen?	
4. Ergebnisse der letzten Blutuntersuchung vom	
5. Bestehen aktuelle Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
6. Bestehen Lymphknotenschwellungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Wo?
7. Aktuelle Therapie	
8. Wann fanden Behandlungen statt?	
9. Geplante Diagnostik	
10. Sind weitere therapeutische Schritte geplant? z. B. Operation, stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
11. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis / von bis
12. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
13. Wann wurden sie behandelt?	

Platz für weitere Hinweise

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?	
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes	
--	--

Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest DIABETES			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation				
2. Erstmanifestation der Erkrankung?				
3. Bestehen aktuelle Beschwerden?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
4. Wesentliche Befunde der körperlichen Untersuchung vom		Größe/cm	Gewicht/kg	periphere Pulse HF/min
5. Ergebnisse der letzten Laboruntersuchung vom				
6. Therapie	Diät	BE	kcal	
	medikamentöse Therapie (Art, Dosierung – z. B. Insulin, orale Antidiabetika)			
	Blutzucker unter Therapie	min mg%	Ø mg%	max. mg%
		Harnzucker mg%	HbA1c-Wert	
7. Geplante Diagnostik				
8. Behandlungen		von	bis	/ von bis
9. Augenhintergrundbefund				
10. Bestehen andere Gefäßveränderungen bzw. weitere diabetische Folgeschäden?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
11. Sind weitere therapeutische Maßnahmen geplant? z. B. Krankenhausaufenthalt				
12. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis / von bis		
13. Sind andere Erkrankungen bekannt?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
14. Wann wurden sie behandelt?				
Platz für weitere Hinweise				

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?	
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes	
--	--

Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest GYNÄKOLOGIE			Stand 01.21	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation				
2. Seit wann besteht die Erkrankung und welcher Art ist sie?	seit	<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/>	Tendenz zur Chronifizierung	
3. Worauf ist die Erkrankung zurückzuführen?				
4. Bestehen aktuelle Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		seit	
5. Welche Organe sind betroffen? <small>Bitte ggf. Untersuchungsbefunde, z. B. Labor- / Sonographiebefund beifügen.</small>				
6. Wird/Wurde bereits ein Heilverfahren/eine Therapie/eine (stationäre) Behandlung durchgeführt? <small>Bitte Medikamente nennen, OP-Bericht beifügen.</small>				
7. Befund der letzten Krebsvorsorge				
8. Geplante Diagnostik				
9. Besteht Sterilität?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Welche Ursache?			
10. Wurde bereits eine IvF, eine Insemination oder eine ICSI durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	oder für die Zukunft geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
11. Ist eine Operation erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	oder für die Zukunft geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
12. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
13. Wann wurden sie behandelt?				

Platz für weitere Hinweise

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?			
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes			
Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.			

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest HARN			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation			
2. Seit wann besteht die Erkrankung?			
3. Worauf ist die Erkrankung zurückzuführen?			
4. Bestehen aktuelle Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
5. Besteht eine Tendenz zur Chronifizierung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
6. Trat bereits ein Gichtanfall auf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
7. Kamen bildgebende Verfahren zur Anwendung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Szintigraphie <input type="checkbox"/> andere: _____		
	Ergebnis:		
8. Aktuelle Laborwerte	Kreatinin	Harnstoff	Urinsediment Befund
9. Aktuelle Therapie			
10. Wann fanden Behandlungen statt?			
11. Ergebnis			
12. Geplante Diagnostik			
13. Welche therapeutischen Schritte (ggf. Operation, Kur) sind geplant?			
14. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis / von bis		
15. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
16. Wann wurden sie behandelt?			
Platz für weitere Hinweise			

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?			
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes			
Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.			

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest HAUT			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation				
2. Seit wann besteht die Erkrankung und welcher Art ist sie?	seit	<input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> chronisch	<input type="checkbox"/> Tendenz zur Chronifizierung
3. Worauf ist die Erkrankung zurückzuführen?				
4. Bestehen aktuelle Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
5. Welche Körperstellen sind betroffen? <small>Bitte Umfang, Größe und Lokalisation angeben</small>				
6. Allergologische Untersuchungsbefunde				
7. Wurde bereits ein Heilverfahren durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="checkbox"/> mit Erfolg <input type="checkbox"/> ohne Erfolg		
8. Aktuelle Therapie				
9. Wann fanden Behandlungen statt?				
10. Sind weitere therapeutische Schritte geplant? Ggf. Heilverfahren, Klima-Kur	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
11. Geplante Diagnostik				
12. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von	bis	/ von	bis
13. Sind andere Erkrankungen bekannt?				
14. Wann wurden sie behandelt?				

Platz für weitere Hinweise

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?	
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes	
--	--

Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg



Ärztliches Attest HERZ- / KREISLAUF			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.		
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation				
2. Seit wann besteht die Erkrankung?				
3. Worauf lässt sich die Erkrankung zurückführen?				
4. Bestehen aktuelle Beschwerden?				
5. Wesentliche Befunde der körperlichen Untersuchung vom	Größe/cm	Gewicht/kg	RR/mmHg	
6. Blutwerte in mg% vom	Cholesterin	Triglyzeride	Harnsäure	
7. Elektrokardiographische Befunde z. B. Ruhe-/Belastungs-/Langzeit-EKG				
8. Kamen bildgebende Verfahren zur Anwendung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Szintigraphie <input type="checkbox"/> andere _____ Ergebnis:			
9. Welche pathologischen Befunde wurden erhoben?				
10. Wurde eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Ergebnis:			
11. Geplante Diagnostik				
12. Wann fanden Behandlungen statt?				
13. Aktuelle Therapie				
14. Sind weitere therapeutische Schritte geplant? z. B. Operation	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
15. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis / von bis			
16. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
17. Wann wurden sie behandelt?				
Platz für weitere Hinweise				

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?			
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes			
Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.			

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest HNO			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation	
2. Seit wann besteht die Erkrankung?	
3. Worauf ist die Erkrankung zurückzuführen?	
4. Bestehen aktuelle Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
5. Besteht ein Tinnitus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> linksseitig <input type="checkbox"/> rechtsseitig <input type="checkbox"/> beiderseits
6. Ist das Hörvermögen normal?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein – Ergebnis der Audiometrie:
7. Aktuelle Therapie	
8. Wann fanden Behandlungen statt?	
9. Geplante Diagnostik	
10. Wird eine Hörhilfe getragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> linksseitig <input type="checkbox"/> rechtsseitig <input type="checkbox"/> beiderseits <input type="checkbox"/> nein, aber für die Zukunft angeraten <input type="checkbox"/> linksseitig <input type="checkbox"/> rechtsseitig <input type="checkbox"/> beiderseits
11. Sind weitere therapeutische Maßnahmen angeraten? z. B. Operation	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
12. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ / von _____ bis _____
13. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
14. Wann wurden sie behandelt?	

Platz für weitere Hinweise

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?	
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes	
Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.	

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest KLEINWUCHS			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation				
2. Wesentliche Befunde der körperlichen Untersuchung vom	Größe/cm	Gewicht/kg	BMI	
3. Bestehen aktuelle Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			seit
4. Fanden Behandlungen wg. des Kleinwuchses statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von			bis
5. Worauf ist der Kleinwuchs zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> familiär <input type="checkbox"/> endokrin <input type="checkbox"/> Chromosomopathien <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörung <input type="checkbox"/> Skeletterkrankungen <input type="checkbox"/> andere, und zwar			
6. Bestehen Bewegungseinschränkungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
7. Bestehen Folgeschäden aufgrund des Kleinwuchses? z. B. am Skelett oder psychosozial	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
8. Wurde bereits eine stationäre Kur- oder Sanatoriumsbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar von			bis
9. Aktuelle Therapie				
10. Sind weitere therapeutische Maßnahmen geplant oder angeraten? z. B. Kur-/Sanatoriums-/Krankenhausaufenthalt, Psychotherapie (ambulant, stationär)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber geplant/angeraten <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
11. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von			bis / von bis
12. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
13. Wann wurden sie behandelt?				

Platz für weitere Hinweise	

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?		
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes		
Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.		

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest LEBER / GALLE			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation					
2. Seit wann besteht die Erkrankung und welcher Art ist sie?	seit	<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/>			Tendenz zur Chronifizierung
3. Worauf ist die Erkrankung zurückzuführen?					
4. Bestehen aktuelle Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar				
5. Wesentliche Befunde der körperlichen Untersuchung vom	Größe/cm	Gewicht/kg	Hepar/cm u. Rb	Konsistenz	Milz
6. Kamen bildgebende Verfahren zur Anwendung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Szintigraphie <input type="checkbox"/> andere _____ Ergebnis:				
7. Wesentliche Laborbefunde vom	Transaminasen		Gamma GT	Bilirubin	
8. Aktuelle Therapie					
9. Geplante Diagnostik					
10. Welche therapeutischen Maßnahmen wurden bereits durchgeführt?					
11. Wann fanden Behandlungen statt?					
12. Welche therapeutischen Maßnahmen sind geplant?					
13. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ von _____ bis _____				
14. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar				
15. Wann wurden sie behandelt?					

Platz für weitere Hinweise

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?		
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes	
--	--

Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg



Ärztliches Attest MAGEN / DARM			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation			
2. Seit wann besteht die Erkrankung und welcher Art ist sie?	seit	<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/>	Tendenz zur Chronifizierung
3. Worauf ist die Erkrankung zurückzuführen?			
4. Bestehen aktuelle Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
5. Untersuchungsbefunde	Größe/cm	Gewicht/kg	BMI
	a) Wesentliche Befunde der körperlichen Untersuchung vom		
b) Kamen bildgebende Verfahren zur Anwendung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> CT
	<input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="checkbox"/> Szintigraphie <input type="checkbox"/> andere _____	
c) Wurde eine Endoskopie durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit Biopsie <input type="checkbox"/> ja, ohne Biopsie Histologischer Befund:		
d) Ergebnisse der wesentlichen Laboruntersuchungen vom			
6. Geplante Diagnostik			
7. Therapie			<input type="checkbox"/> wird durchgeführt seit
	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> wurde durchgeführt von/bis	
	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ist geplant ab	
8. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ / von _____ bis _____		
9. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
10. Wann wurden sie behandelt?			
Platz für weitere Hinweise			

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?			
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes			
Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.			

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest MIGRÄNE			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.		Abt. B - Kundenbetreuung
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation				
2. Seit wann besteht die Erkrankung?				
3. Welche Auslöser sind bekannt?				
4. Wie oft tritt die Migräne auf und wie lange dauert sie an?	Anzahl/Monat			jeweilige Dauer
5. Wann trat der letzte Anfall auf?				
6. Besteht eine Aura?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
7. Welche Therapien wurde bisher angewandt und wann?				
8. Ergebnisse der diagnostischen Verfahren, sofern vorhanden.				
9. Geplante Diagnostik				
10. Fand bereits ein stationärer Aufenthalt in einer Schmerzlinik statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von	<input type="checkbox"/> nein, aber für die Zukunft geplant/angeraten bis		
11. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von	bis	/ von	bis
12. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
13. Wann wurden sie behandelt?				
Platz für weitere Hinweise				

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?			
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes			
Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.			

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg



Ärztliches Attest ORTHOPÄDIE			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation				
2. Seit wann besteht die Erkrankung und welcher Art ist sie?	seit	<input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> chronisch	<input type="checkbox"/> Tendenz zur Chronifizierung
3. Worauf ist die Krankheit zurückzuführen?				
4. Bestehen aktuelle Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
5. Bestehen Bewegungseinschränkungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
6. Ergebnisse/Befunde der Röntgen-, CT-, MRT-Untersuchung				
7. Bestehen statische Veränderungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
8. Aktuelle Laborergebnisse	Rheumafaktoren	BSG		
9. Geplante Diagnostik				
10. Aktuelle Therapie				
11. Wann fanden Behandlungen statt?				
12. Wurde bereits ein Heilverfahren durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ mit folgendem Erfolg:			
13. Sind weitere Maßnahmen geplant? z. B. Operation, Kur, Physiotherapie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
14. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ / von _____ bis _____			
15. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
16. Wann wurden sie behandelt?				
Platz für weitere Hinweise				

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?				
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes				
Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.				

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest SCHILDDRÜSE			Stand 01.2021
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung
Vorname, Name			Geburtsdatum
Anschrift			
Behandelt wegen			

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation			
2. Seit wann besteht die Erkrankung?			
3. Worauf ist die Erkrankung zurückzuführen?			
4. Halsumfang	cm	Vergrößerung in den letzten	Wochen um cm
5. Gradeinteilung der Struma	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Ia <input type="checkbox"/> Ib <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III		
6. Ergebnisse der letzten Laboruntersuchungen	T3 gesamt _____ ng/ml frei _____ ng/l	T4 gesamt __ µ/dl frei _____ ng/dl	TSH _____ mU/l
7. Kamen bildgebende Verfahren zur Anwendung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Szintigraphie <input type="checkbox"/> andere _____ Ergebnis:		
8. Puls und Blutdruckwerte	RR/mmHg	Pulsfrequenz/min	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
9. Wesentlichen Befunde der körperlichen Untersuchung vom	Größe/cm	Gewicht/kg	BMI
10. Aktuelle Therapie			
11. Wann fanden Behandlungen statt?			
12. Geplante Diagnostik			
13. Sind weitere Maßnahmen geplant? z. B. operativ, therapeutisch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
14. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ / von _____ bis _____		
15. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
16. Wann wurden sie behandelt?			
Platz für weitere Hinweise			

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?	
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes	
Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.	

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest TBC			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation			
2. Seit wann besteht die Erkrankung?			
3. Welche Beschwerden bestehen / bestanden?			
4. Aktuelle Therapie			
5. Wann und mit welchem Erfolg fanden Behandlungen statt? (Mehrfachnennungen sind möglich)		von / bis	Ergebnis
	<input type="checkbox"/> ambulant		
	<input type="checkbox"/> medikamentös		
	<input type="checkbox"/> stationär		
	<input type="checkbox"/> operativ		
6. Welcher Röntgenbefund wurde zu Beginn der Behandlung am _____ erhoben?			
7. Wie lautet der letzte Röntgenbefund vom _____ ?			
8. Laborbefund			
9. Ergebnis des Lungenfunktionstests?			
10. Unterliegt der Patient noch der Tbc-Nachsorge?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
11. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ / von _____ bis _____		
12. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____		
13. Wann wurden sie behandelt?			
Platz für weitere Hinweise			

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?			
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes			
--	--	--	--

Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest TUMOR			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation				
2. TNM-Klassifikation	<input type="checkbox"/> T0 <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> L0 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> Tis/Ta <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> TX <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> NX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> C3			
3. Wann bestand die Erkrankung?	von / bis	erstmalig diagnostiziert am		
4. Wie ist der aktuelle Gesundheitszustand?				
5. Bestehen aktuell Beschwerden?				
6. Durchgeführte Untersuchungen				
7. Wurden Organe entfernt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar mit _____ folgendem histologischen Befund			
8. Befund der letzten Krebsnachsorgeuntersuchung vom				
9. Erfolgten Bestrahlungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar im Zeitraum von _____ bis _____			
10. Welche therapeutischen Maßnahmen wurden durchgeführt? z. B. chemische, operative				
11. Wann fanden Behandlungen statt?				
12. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ / von _____ bis _____			
13. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____			
14. Wann wurden sie behandelt?				

Platz für weitere Hinweise

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?			
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes			
--	--	--	--

Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg



Ärztliches Attest ÜBERGEWICHT			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation				
2. Seit wann besteht das Übergewicht?				
3. Worauf ist das Übergewicht zurückzuführen?				
4. Fanden Behandlungen wg. des Übergewichts statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____			
5. Wesentliche Befunde der körperlichen Untersuchung vom _____	Größe/cm	Gewicht/kg	BMI	
6. Ergebnisse der letzten Blutuntersuchung vom _____	Cholesterin mg%	Triglyzeride mg%	Harnsäure mg%	
	Blutzucker mg%	Transaminasen, Gamma-GT u/l		
7. Bestehen andere Risikofaktoren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel			
8. Elektrokardiographische Befunde, wenn vorhanden Ruhe-/Belastungs-/Langzeit-EKG				
9. Ergebnisse der Blutdruckmessung vom _____	RR (ggf. korr. Wert) mmHg			
10. Bestehen aufgrund des Übergewichts Beschwerden im	a) Skelettsystem?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	b) Herz-/Kreislaufsystem?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
11. Sind bereits andere Erkrankungen als Folge entstanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> arterielle Gefäßerkrankung <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Fettleber <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung <input type="checkbox"/> psychosoziale Probleme			
12. Wurde eine medikamentöse Therapie verordnet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____			
13. Wurde eine stationäre Kur- oder Sanatoriumsbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____			
14. Sind weitere Maßnahmen geplant? z. B. Kur-/Sanatoriumsaufenthalt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____			
15. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ / von _____ bis _____			
16. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____			
17. Wann wurden sie behandelt?				
Platz für weitere Hinweise				

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?				
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes				
Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.				

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg



Ärztliches Attest UNTERGEWICHT			Stand 01.2021
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung
Vorname, Name		Geburtsdatum	
Anschrift			
Behandelt wegen			

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation			
2. Seit wann besteht das Untergewicht?			
3. Fanden Behandlungen wg. des Untergewichts statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____		
4. Wesentliche Befunde der körperlichen Untersuchung vom	Größe/cm	Gewicht/kg	BMI
5. Ergebnisse der letzten Blutdruckmessung vom	RR (ggf. korr. Wert) mmHg		
6. Elektrokardiographische Befunde, wenn vorhanden Ruhe-/Belastungs-/Langzeit-EKG			
7. Ergebnisse der letzten Blutuntersuchung vom			
8. Ist das Untergewicht auf eine organische Störung zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Darmerkrankung <input type="checkbox"/> Tumore <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Resorptionsstörungen und zwar <input type="checkbox"/> andere und zwar		
9. Liegt eine psychogene Essstörung vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Anorexia nervosa <input type="checkbox"/> Bulimia nervosa		
10. Sind bereits organische Erkrankungen aufgrund des Untergewichts entstanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
11. Wurde bereits wg. des Untergewichts oder einer Folgeerkrankung eine stationäre Kur- und/oder Sanatoriumsbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ wegen		
12. Sind weitere therapeutische Maßnahmen geplant? z. B. Kur, Sanatorium	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
13. Bestanden wg. des Untergewichts oder einer Folgeerkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ / von _____ bis _____		
14. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
15. Wann wurden sie behandelt?			

Platz für weitere Hinweise

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?			
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes			
Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.			

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg

Ärztliches Attest VENEN			Stand 01.2021	
VE		Versicherungs-Nr.	Abt. B - Kundenbetreuung	
Vorname, Name				Geburtsdatum
Anschrift				
Behandelt wegen				

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation				
2. Seit wann besteht die Erkrankung?				
3. Worauf ist diese Erkrankung zurückzuführen?				
4. Bestehen aktuell Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
5. An welchem Körperteil bestehen Venenerkrankungen?	Bitte Art, Umfang und Stadium angeben			
	Bei Männern: Wenn eine Varikozele vorliegt, besteht eine Sterilität?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
6. Bestehen oder bestanden Thrombosen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von		bis	
7. Bestehen oder bestanden	a) Ulcera cruris?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von		bis
	b) Ödeme?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von		bis
	c) trophische Störungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von		bis
8. Aktuelle Therapie				
9. Wann und mit welchem Erfolg fanden Behandlungen statt?				
10. Ist eine Operation angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
11. Bestanden wg. o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von		bis	/ von bis
12. Sind andere Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar			
13. Wann wurden sie behandelt?				

Platz für weitere Hinweise

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?			
Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes			
--	--	--	--

Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg



ZAHNÄRZTLICHER BEFUND				Stand 01.2021			
VE		Versicherungs-Nr.		Abt. B - Kundenbetreuung			
Vorname, Name				Geburtsdatum			
Anschrift							
Behandelt wegen							

I. Befund des gesamten Gebisses vor Beginn der Behandlung und Behandlungsplan

(bitte verwenden Sie die nachstehenden Kürzel für Ihre Angaben)

Behandlungsplan																								
Alter des bereits vorhandenen Zahnersatzes in Jahren																								
Befund																								
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28								
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38								
Befund																								
Alter des bereits vorhandenen Zahnersatzes in Jahren																								
Behandlungsplan																								

Befund:				Behandlungsplan:			
f = fehlende Zähne	y = defekte Füllungen	E = zu ersetzende Zähne	B = Brückenglied	H = geplante Halte- und Stütz-	T = Teleskop-/Konuskronen	G ₁₋₃ = Goldgussfüllung (Inlay)	Y ₁₋₃ = Keramikeinlagefüllung (Inlay)
X = Lückenschluss	c = kariöse, aber erhaltungswürdige Zähne	H = geplante Halte- und Stütz-	vorrichtungen	K = geplante Kronen	I = Implantat		
e = bereits ersetzte Zähne	x = nicht erhaltungswürdige Zähne	M = metallkeramische Verblendung	V = Kunststoffverblendung				
k = vorhandene Kronen	F = nicht sanierungsbedürftige Füllungen						
t = Teleskop-/Konuskronen							
b = vorhandene Brückenglieder							
i = vorhandenes Inlay							

Bemerkungen, sonstiger Befund und Planung	
---	--

II. Wie beurteilen Sie den bereits vorhandenen Zahnersatz auf

a) seine Funktionstüchtigkeit?	
b) seinen Pflegezustand?	
c) seine noch zu erwartende Lebensdauer?	

III. Parodontalbefund

Zahnfleischtaschen ab 3 mm = I, ab 6 mm = II

Lockerungsgrade von Zähnen: ggf. mit I, II, III bezeichnen

mm																								mm									
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
mm																																	mm

a) Besteht eine Parodontopathie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in folgendem Umfang
b) Bei einem Lockerungsgrad ab II: Ist hier mit Zahnersatz zu rechnen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in folgendem Umfang
c) Besteht ein Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, generell, erheblich <input type="checkbox"/> ja, generell, unerheblich <input type="checkbox"/> ja, vereinzelt, erheblich <input type="checkbox"/> ja, vereinzelt, unerheblich

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?

Bestehen Einwände, diesen Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen? nein ja

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes	
--	--

Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.

Bitte senden an

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Abt. B – Kundenbetreuung
Postfach
20352 Hamburg