



Ärztliches Zeugnis Risikostufe 1 ab 300.001 EUR VS / ab 2.501 EUR mtl. gesamte BU(Z)-Absicherung			Stand 05.2025	
ADNR		PNR/VSNR	Abt. B - Risikoprüfung	
Name		Geburtsdatum		
Anschrift				
Berufliche Tätigkeit				

I. Erklärung vor dem Arzt					
<p>Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und mit einem nein oder ja zu beantworten. Bei <input type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen. Das bei den Einzelangaben Zutreffende bitte unterstreichen und rechts erläutern.</p> <p>Bitte beantworten Sie alle Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die HanseMerkur Lebensversicherung AG zu einem Rücktritt oder zu einer Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsänderung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) auf der Seite 7 von 11 über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht.</p>					
Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 10 Jahre.					
1. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden: (Das bei den Einzelangaben <u>Zutreffende</u> bitte <u>unterstreichen</u> und rechts erläutern.)	nein	ja	Wenn ja, welche?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte (mit Anschriften)
a) des Herzens und / oder der Gefäße , z. B. Herz- oder Herzklappenfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelverdickung, Bluthochdruck (Hypertonie), Herzrhythmusstörungen, Embolien, Durchblutungsstörungen, Synkope, Venenentzündungen, Thrombosen, Lymphödem, Beklemmungsgefühl der Brust, Ohnmacht, Angina pectoris?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) der Atmungsorgane , z. B. Tuberkulose, Rippen-/Brustfellentzündungen, wiederholte und / oder chronische Bronchitis, COPD, Asthma bronchiale, Schlafapnoe, Emphysem, blutiger Auswurf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) der Verdauungsorgane , z. B. Magenschmerzen, Gastritis, Magen- und / oder Zwölffingerdarmgeschwür, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Reizdarm, Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallensteine, Bauchspeicheldrüsen- und / oder Speiseröhrenentzündungen, Polypen, Adenome, Zysten, Blut im Stuhl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Name _____

	nein	ja	Wenn ja, welche?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte (mit Anschriften)
d) der Harnorgane , z. B. Nierenkolik, Nieren- und / oder Harnsteine, Nieren- und/ oder Harnblasenentzündungen, Nierenzysten, Zystennieren, erschwertes und / oder schmerzhaftes Harnlassen, Auffälligkeiten im Urin (Eiweiß, Blut, Zucker)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e) des Nervensystems , des Gehirns , des Rückenmarks , Seh-, Sprach-, Gefühlsstörungen, Multiple Sklerose, Parkinson, Gehirnentzündung, Migräne, Gehirnblutung, Krampfanfälle, Schwindel, Ohnmacht, Schlaganfall, Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
f) der Psyche , z. B. Psychose, Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS/ ADHS), Angst-, Panik- und / oder Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Erschöpfung, Persönlichkeitsstörung, Burn-out, Schlafstörung, Essstörung, Anpassungsstörung, psychosomatische und / oder somatoforme Störung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
g) der Augen , z. B. grüner und / oder grauer Star, Schielen, refraktive Chirurgie (LASIK), Netzhautablösung, - veränderungen, Gesichtsfeldeinschränkung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		rechts	links
Geben Sie ggf. auch die Werte vor einer OP zusätzlich an.					
			Dioptrien?		
			Cyl?		
			Visus?		
h) des Halses , der Nase , der Ohren , z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche (Tinnitus), Gleichgewichtsstörungen, chronische Nasennebenhöhlenentzündungen, chronische Heiserkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
i) der Haut , Allergien , Nahrungsmittelunverträglichkeiten , z. B. Psoriasis, Ekzeme, Neurodermitis, auffällige Muttermale, Urtikaria, Heuschnupfen, Zöliakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Name _____

	nein	ja	Wenn ja, welche?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte (mit Anschriften)
j) des Blutes , der blutbildenden Organe , der Milz , z. B. Thrombozytopenie, Thrombozytose, Thrombozythämie, Anämie, Hämophilie, Gerinnungsstörung, Milzvergrößerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
k) des Stoffwechsels , des Hormonhaushalts , z. B. Diabetes mellitus, erhöhte Blutfettwerte, der Schilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse, Gicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
l) bezüglich Geschwülste (Tumore) , z. B. gut- oder bösartige Tumorbildungen, inklusive Frühstadien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
m) der Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder, Sehnen , z. B. Meniskusschaden, Arthrose, Arthritis, Bandverletzung, Luxation, Karpaltunnelsyndrom, Gicht, Fibromyalgie, Gelenkschmerzen, Fehlstellung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
n) des Rückens, Nackens , der Wirbelsäule , z. B. Schleudertrauma, Ischias, Morbus Scheuermann, Morbus Bechterew, Skoliose, Osteoporose, Hexenschuss, Lumbalgie, Wirbelgleiten, Bandscheibenvorfall, Blockierungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
o) Infektions- und/ oder Autoimmun-krankheiten , z. B. HIV / AIDS, Malaria, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Hepatitis, Borreliose, Lupus erythematodes, Kollagenosen, Rheuma, Polyarthritits, Covid-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
p) Sonstige Beschwerden , z. B. Unruhe, Nachtschweiß, Gedächtnisschwäche, unerklärlicher Gewichtsverlust, Unruhe, Erschöpfungszustand, Schlafstörung, Konzentrations-, Antriebsstörung, Schwindel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
q) Erkrankungen der inneren / äußeren Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Eierstöcke, Brust, Prostata, Hoden), z. B. auffälliger PAP-Test, erhöhter PSA-Wert, Ovarialzysten, Endometriose, Knoten in der Brust, Prostatavergrößerung, Entzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Name _____

Der Abfragezeitraum der folgenden Fragen ist unbefristet.

<p>7. Sind bei Ihnen Kontrolluntersuchungen und / oder Nachsorgeuntersuchungen durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten angeraten oder stehen noch Untersuchungsergebnisse aus? (z. B. Blutzuckerkontrolle, Tumornachsorge)</p>	<p>nein ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Wenn ja, welche, wann?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>8. Bestehen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (wie z. B. angeborene Erkrankungen, Missbildungen oder fehlende Gliedmaßen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Wenn ja, nennen Sie bitte die Beeinträchtigung, die Ursache und den Zeitpunkt des Auftretens.</p> <hr/> <hr/>
<p>9. Haben Gesundheitsstörungen und / oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit und / oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Wenn ja, welche?</p> <hr/> <hr/>
<p>10 a) Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen den Beruf und/ oder den Arbeitsplatz gewechselt?</p> <p>b) Wenn ja, aus welchem Grund und welcher Beruf wurde an welchem Arbeitsplatz vorher ausgeübt?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Name	
------	--

11. Sind Sie in Ihrem Beruf oder beim Sport besonderen Gefahren ausgesetzt?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
12. a) Beziehen Sie eine Rente und / oder Pension aus gesundheitlichen Gründen , und / oder wegen eines Unfalls und / oder ist eine solche beantragt? b) Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz eine Erwerbsminderung ?	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Art? Wenn ja, zu welchem Grad? _____ Wenn ja, reichen Sie bitten den Bescheid in Kopie ein .
13. Welchen Arzt nehmen Sie für sich gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt)? Name und Anschrift des Arztes Wann? Weshalb?	_____ _____ _____ _____	
14. Welchen Arzt haben Sie zuletzt aufgesucht? Name und Anschrift des Arztes Wann? Weshalb?	_____ _____ _____ _____	
15. Wir bitten Sie, sich von dem untersuchenden Arzt über die besondere Bedeutung des HIV-Tests aufklären zu lassen und gleichzeitig mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift Ihr Einverständnis zur Durchführung des Tests sowie zur Weitergabe des Testergebnisses ausschließlich an unseren medizinischen Sachverständigen zu erklären.		

Ich ermächtige den Versicherer, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen; dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten drei Jahre nach der Antragsannahme.
 Der Versicherer darf auch die Ärzte, die die Todesursache feststellen, und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - über die Todesursache oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet, und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Unterschrift der zu versichernden Person	Datum	Arztstempel	Unterschrift des Arztes

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HanseMerkur Lebensversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1 in 20354 Hamburg schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Wurde die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichten wir auf unser Recht der Kündigung.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, verzichten wir auf unser Recht der Vertragsänderung.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Bitte senden an

HanseMerkur Lebensversicherung AG
Abt. B – Risikoprüfung
Postfach
20352 Hamburg

Name _____

II. Untersuchungsbefund

Bei Zutreffendes bitte ankreuzen

Der Abfragezeitraum der folgenden Fragen ist unbefristet.

	nein	ja	
<p>1.</p> <p>a) Sind Sie mit der zu versichernden Person verwandt oder verschwägert? Oder ärztlicher Partner in einer Gemeinschaftspraxis?</p> <p>Falls zutreffend, darf die Untersuchung nicht vorgenommen werden.</p> <p>b) Haben Sie die zu versichernde Person bereits untersucht, beraten und / oder behandelt? Wann und weshalb?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Bitte den Krankenblattauszug der letzten 10 Jahre in Kopie beifügen. Falls unbekannter Patient bitte durch Personalausweis/ Reisepass identifizieren.</p>
<p>2.</p> <p>Gewicht ohne Kleidung: _____ kg</p> <p>Körpergröße: _____ cm</p>			<p>Bauchumfang: _____ cm</p>
<p>3 Sonstiges</p> <p>a) Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde erhoben?</p> <p>b) Haben Sie Hinweise auf aktuelle Krankheitssymptome, z. B. Lymphknotenschwellungen, erhöhte Temperatur, Blässe, Kaltschweißigkeit?</p> <p>c) Stehen noch Untersuchungen aus, die angeraten, aber bislang noch nicht vorgenommen worden sind?</p> <p>d) Sonstiges, z. B. Auffälligkeiten in der Sprache, Verhalten, Psyche?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Falls ja, welche? _____</p> <p>_____</p> <p>Falls ja, welche? _____</p> <p>_____</p> <p>Falls ja, welche? _____</p> <p>_____</p> <p>Untersuchungsgrund? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Falls ja, welche? _____</p> <p>_____</p>

Name	
------	--

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 10 Jahre .		
	nein	ja
Haben Sie in den folgenden Bereichen auffällige Befunde bei der körperlichen Untersuchung erhoben?		
4. Skelett und Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Wenn ja, welcher Befund liegt vor? _____
5. Verdauungsorgane		
a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Rachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Falls ja, welcher? _____
b) Ergebnis der Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauches ohne pathologischen Befund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Falls nein, welcher Befund liegt vor? _____
c) Halten Sie die Verdauungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Falls nein, welcher Befund liegt vor? _____
6. Harn- und Geschlechtsorgane		
a) Harnuntersuchung:		
Wurde der Harn in Ihren Praxisräumen entleert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ODER		
<input type="checkbox"/> Siehe beiliegendes Laborblatt.		
Bei pathologischem Befund: Wurde schon eine Abklärung durchgeführt oder ist diese vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ergebnis des Streifentests: Enthält der Harn:
		ph-Wert: _____ Urobilinogen: _____
		Leukozyten: _____ Keton: _____
		Nitrit: _____ Bilirubin: _____
		Proteine: _____ Blut: _____
		Glukose: _____ Hämoglobin: _____
		Falls ja, welcher Befund liegt vor? _____
b) Geschlechtsorgane		
Halten Sie die Geschlechtsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Falls nein, welcher Befund liegt vor? _____
7. Haut und Schleimhäute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Wenn ja, welcher Befund liegt vor? _____
8. Sinnesorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Wenn ja, welcher Befund liegt vor? _____
9. Nervensystem		
(insbesondere Reflexanomalien, Lähmungen, Tremor, Spastik, Koordinations- / Gleichgewichtsstörungen, Parästhesien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Falls ja, welcher Befund liegt vor? _____
10. Nervensystem		
Bestehen Hinweise auf eine psychische Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Falls ja, welcher Hinweis liegt vor? _____
11. Hormonsystem , insbesondere die Schilddrüse .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Wenn ja, welcher Befund liegt vor? _____

Name _____

<p>12 Herz und Kreislauf</p> <p>a) z. B. Herzinsuffizienz-Zeichen, Zyanosen, Varizen, Lymphabflussstörungen, abgeschwächte periphere Pulse, pathologische Strömungsgeräusche, Ödeme</p> <p>b) Auskultation der Herztöne? Pathologische Herzgeräusche/ -töne?</p> <p>c) Blutdruck und Pulsfrequenz Hinweis: Bei erhöhten Werten bitte eine zweite Messung am Ende der Untersuchung durchführen.</p> <p>d) Wurden die Werte von Ihnen unter Einnahme blutdrucksenkender Mittel gemessen?</p>	nein	ja	<p>Falls ja, bitte kurze Beschreibung.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Pulsschläge je Minute</th> <th>Davon je Min. Extraschläge</th> <th colspan="2">Blutdruck in mm Hg. systolisch diastolisch</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Messung 1 li. Seite</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Messung 1 re. Seite</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ggf. Messung 2 li. Seite</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ggf. Messung 2 re. Seite</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Wenn ja, welche? _____</p> <p>Wann eingenommen? _____</p> <p>Dosierung? _____</p>		Pulsschläge je Minute	Davon je Min. Extraschläge	Blutdruck in mm Hg. systolisch diastolisch		Messung 1 li. Seite					Messung 1 re. Seite					ggf. Messung 2 li. Seite					ggf. Messung 2 re. Seite				
		Pulsschläge je Minute		Davon je Min. Extraschläge	Blutdruck in mm Hg. systolisch diastolisch																							
	Messung 1 li. Seite																											
	Messung 1 re. Seite																											
	ggf. Messung 2 li. Seite																											
	ggf. Messung 2 re. Seite																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<p>13. Atmungsorgane</p> <p>a) Besteht Heiserkeit? Husten? Seit wann? Ursache?</p> <p>b) Form und Wölbung des Brustkorbs regelrecht?</p> <p>c) Ergebnis der Perkussion und Auskultation regelrecht?</p> <p>d) Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Falls ja, bitte kurze Beschreibung.</p> <p>Falls nein, bitte kurze Beschreibung.</p> <p>Falls nein, bitte kurze Beschreibung.</p> <p>Falls nein, welche Abweichung liegt vor?</p>																									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<p>14. Sonstiges</p> <p>Ist Ihnen Alkohol-, Nikotin, Medikamenten-, Betäubungsmittelmissbrauch Ihres Patienten bekannt?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja, welcher? _____</p>																									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										

Name	
15. Laborergebnisse: Bitte das Laborblatt beifügen!	
Ergebnis des Untersuchungsbefundes? Bitte jeweils Normalwertbereich des Labors bei jedem Wert angeben!	
HIV-Antikörpertest (AIDS):	
Nüchternblutzucker:	
Gesamt-Cholesterin:	
Gamma-GT:	
16. Welche Befunde haben Sie dem Patienten mitgeteilt?	
17. Bemerkungen	
Wir zahlen Ihnen für diese Untersuchung ein Honorar in Höhe von 60,00 EUR. Das Honorar für die Laborergebnisse wird gemäß GOÄ erstattet. Das Honorar ist zu überweisen auf:	
Konto bei Geldinstitut: _____	
mit der IBAN: _____ BIC: _____	
Datum	Arztstempel
Unterschrift	

Bemerkungen zum Ärztlichen Zeugnis

Bitte senden an

HanseMerkur Lebensversicherung AG
 Abt. B – Risikoprüfung
 Postfach
 20352 Hamburg