



Ärztliches Zeugnis > 300.000,- VS bzw. > 30.000,- Jahresrente			Stand 06.2023	
ADNR		PNR/VSNR	Abt. B - Risikoprüfung	
Name		Geburtsdatum		
Anschrift				
Berufliche Tätigkeit				

I. Erklärung vor dem Arzt

Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und mit einem **nein** oder **ja** zu beantworten. Bei Zutreffendes bitte ankreuzen

Das bei den Einzelangaben **Zutreffende** bitte **unterstreichen** und rechts erläutern.

	nein	ja			
1. Ist Ihnen bekannt, ob bei Verwandten 1. und 2. Grades Herz- und Kreislauf-, Krebs-, Stoffwechselerkrankungen oder Gemütskrankheiten aufgetreten sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?		
2. Sind Sie in Ihrem Beruf oder beim Sport besonderen Gefahren ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welchen?		
3. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden (Das bei den Einzelangaben Zutreffende bitte unterstreichen und rechts erläutern.)			Wenn ja, welche?	Wann, wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte (mit Anschriften)
a) des Herzens oder der Kreislauforgane , z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündungen, Embolie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) der Atmungsorgane , z.B. Tuberkulose, Rippen- / Brustfellentzündungen, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) der Verdauungsorgane , z.B. Magenschleimhautentzündung, Magen-oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen-oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, länger andauernde Diarrhoen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Name _____

	nein	ja	Wenn ja, welche?	Wann, wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte (mit Anschriften)
d) der Harn- oder Geschlechtsorgane , z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vfi des Gehirns oder Rückenmarks , der Nerven, Geistesstörungen, Depressionen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Xfi der Augen , z.B. Herabsetzung der Sehschärfe? Dioptrienzahl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Yfi der Ohren , z.B. Ohrenfluss, Schwerhörigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Zfi der Haut, der Drüsen, der Milz, des Blutes, Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
[fi Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Yfi Geschwülste (Tumore)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
] fi der Knochen und Gelenke , Muskeln, Bänder oder Sehnen, der Wirbelsäule, der Bandscheiben, Gelenkrheumatismus, rheumatische Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
^fi akute oder chronische Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten, z.B. Malaria? Krankheiten des Immunsystems, HIV-Infektion (AIDS), Pilzkrankungen, bakterielle oder Virusinfekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
m) Sonstige Krankheiten, Gebrechen, körperliche Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist, z.B. Nachtschweiß, unerklärlicher Gewichtsverlust, Fieberschübe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Name					
	nein	ja	Wenn ja, welche?	Wann, wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte (mit Anschriften)
n) Bei Frauen: Erkrankungen der weiblichen Organe? Besteht Schwangerschaft? In welchem Monat? _____ Sind evtl. vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.a) Sind Sie mit Medikamenten, z.B. Herzmitteln, Antibiotika, blutzuckersenkenden oder blutgerinnungsfördernden Mitteln behandelt worden? Welche? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Erhielten Sie in den letzten Jahren Blut oder andere Blutprodukte? Welche? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Rauchen Sie Zigaretten, Zigarren, Pfeife oder sonstigen Tabak? Inhalieren Sie unter Verwendung elektronischer Verdampfer wie E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen? Wie viele täglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? In welchem Umfang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e) Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welcher Art? Welche Folgen bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Beantragen, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension? Weshalb? Von welcher Stelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz eine Erwerbsminderung? Wie viel %?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6.a) Sind Sie operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Sind Sie mit Röntgen-, Radium, Isotopen oder sonstigen Strahlen behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Name	
------	--

7.a) Wurden Sie mit Röntgen-, Isotopen oder mit Sonographie untersucht? Ergebnis?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	Wann, wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte (mit Anschriften)
b) Wurde früher ein Elektrokardiogramm aufgenommen? Ergebnis? (Falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht bitte einsenden.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt, z. B. HIV-Test (AIDS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Sind Sie in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. Welchen Arzt nehmen Sie für sich gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt)? Name und Anschrift des Arztes Wann? Weshalb?					
11. Welchen Arzt haben Sie zuletzt beansprucht? Name und Anschrift des Arztes Wann? Weshalb?					
12. 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

Name	
------	--

II. Untersuchungsbefund

Bei Zutreffendes bitte ankreuzen

	nein	ja	
1. Sind Sie mit der zu versichernden Person verwandt oder verschwägert? Oder ärztlicher Partner in einer Gemeinschaftspraxis? (Falls zutreffend, darf die Untersuchung nicht vorgenommen werden.) Haben Sie sie bereits untersucht, beraten oder behandelt? Wann und weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. a) Gewicht ohne Kleidung: _____ kg Größe ohne Schuhe: _____ cm b) Macht die zu untersuchende Person einen altersentsprechenden, gesunden und frischen Eindruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Umfang des Brustkorbes: _____ cm des Halses: _____ cm des Leibes: _____ cm <input type="checkbox"/> fett <input type="checkbox"/> gut ernährt <input type="checkbox"/> mager?
3. Halten Sie Skelett und Bewegungsapparat für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Halten Sie Haut und Schleimhäute für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Halten Sie die Sinnesorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund, insbesondere verhalten sich die Reflexe (Pupillenreaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflexe, Romberg) normal? Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Halten Sie Hormonsystem - insbesondere die Schilddrüse - für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Name	
------	--

	nein	ja																	
8. Herz und Kreislauf																			
a) Besteht perkutorisch ein Anhalt für eine Herzvergrößerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausmaß:																
b) Sind die Herztöne rein und normal betont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
c) Bestehen Geräusche? Welche? Wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
d) Sind die Geräusche organisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
e) Blutdruck und Pulsfrequenz?			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Pulsschläge je Minute</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Blutdruck in mm Hg.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">systolisch</td> <td style="text-align: center;">diastolisch</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">in Ruhe</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">nach Belastung</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>		Pulsschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg.				systolisch	diastolisch	in Ruhe	_____	_____	_____	nach Belastung	_____	_____	_____
	Pulsschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg.																	
		systolisch	diastolisch																
in Ruhe	_____	_____	_____																
nach Belastung	_____	_____	_____																
f) Ist der Puls in Ruhe und nach Belastung gleich- und regelmäßig? Wenn nicht, worin bestehen die Abweichungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Bei Extrasystolen: Wie viele in der Minute in Ruhe und nach Belastung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
g) Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen? (Atemnot, Cyanose, Oedeme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
h) Sind Krampfadern vorhanden? (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
i) Können Sie noch zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen? Welche Erkrankung liegt vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
9. Atmungsorgane																			
a) Besteht Heiserkeit? Husten? Seit wann? Ursache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
b) Form und Wölbung des Brustkorbs: regelrecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
c) Ergebnis der Perkussion und Auskultation: regelrecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
d) Halten Sie die Atmungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

Name		
10. Verdauungsorgane	nein ja	
a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Rachen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Ergebnis der Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauches: ohne pathologischen Befund? (Magen, Leber, Gallenblase, Pankreas, Milz, Darm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Halten Sie die Verdauungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11. Harn- und Geschlechtsorgane		
a) Harnuntersuchung: Wurde der Harn in Ihren Praxisräumen entleert? Enthält der Harn:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eiweiß? _____ Zucker? Ist Urobilinogen vermehrt? Sedimentbefund:
b) Halten Sie die Harn- und Geschlechtsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Bei Frauen: Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der weiblichen Organe? Wenn ja, auf welches Leiden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12. Sonstiges		
a) Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde (z.B. Drüenschwellungen, Störungen des Immunsystems) erhoben? Welche?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Haben Sie Hinweise auf eine gesundheitsgefährdende Lebensweise Ihres Patienten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Gibt es Anzeichen für eine Immunschwäche? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d) Ist Ihnen Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten-, Betäubungsmittelmissbrauch Ihres Patienten bekannt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Name	
13. HIV-Test (AIDS)	
Ergebnis des Untersuchungsbefundes?	
14.a) Der Arzt kann dem Untersuchten krankhafte Befunde mitteilen. Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?	
b) Die Untersuchung fand statt um _____ Uhr <input type="checkbox"/> in meinem Sprechzimmer <input type="checkbox"/> in der Wohnung des Untersuchten	
15. Bemerkungen	
Wir bieten Ihnen für diese Untersuchung ein Honorar in Höhe von 50,00 EUR. Das Honorar für den HIV-Test 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