

Standard Life Versicherung
 Risikoprüfung
 Lyoner Straße 15

60528 Frankfurt am Main

Ärztliches Zeugnis

Antrags-Nr.

Ärztliches Zeugnis für

Vorname <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Erlerner Beruf <input type="text"/>
Nachname <input type="text"/>		Ggf. Nebenberuf <input type="text"/>
Straße, Haus-Nr. <input type="text"/>		Tätig als <input type="text"/>
PLZ, Ort <input type="text"/>		Auf welche Weise haben Sie sich von der Identität der zu versichernden Person überzeugt? <input type="text"/>

Angaben der zu versicherten Person

Der Arzt wird gebeten, die zu versichernde Person zur wahrheitsgetreuen Beantwortung der Fragen zu ermahnen, jede Frage einzeln zu stellen, keine zu übergehen oder mit Strichen abzutun. Bezugnahme auf frühere Angaben ist nicht zulässig.

Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und ist mit **Nein** oder **Ja** zu beantworten.

- | | Nein | Ja | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. Sind bei Eltern oder Geschwistern Herz- oder Kreislauferkrankungen, Zuckererkrankungen oder Gemütskrankheiten vorgekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche? Bei wem?
<input type="text"/> |
| 2. Sind Sie in Ihrem Beruf oder beim Sport besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen; beim Rennsport, als Motor- oder Segelflieger, Fallschirmspringer, Drachenflieger, Taucher)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welchen?
<input type="text"/> |
| 3. Reisen Sie in absehbarer Zeit für mehr als drei Monate in ein Land außerhalb des europäischen Wirtschaftsraums, der Schweiz, der USA, Kanadas, Japans, Neuseelands, Australiens, Singapurs, Hongkongs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, wann, für wie lange und wohin?
<input type="text"/> |

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Nein Ja Erläuterungen (z. B. wann, weshalb?); Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)

4. **Bestanden** oder **bestehen** bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? (Das bei den Einzelangaben Zutreffende bitte ankreuzen und rechts erläutern.)
- 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, Venenentzündung, Embolie)?
- b) der **Atmungsorgane** (z. B. Tuberkulose, Rippen-/Brustfellentzündung, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma)?
- c) der **Verdauungsorgane** (z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse)?
- d) der **Harn- oder Geschlechtsorgane** (z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung)?
- e) des **Gehirns oder Rückenmarks**, der Nerven, Geistesstörungen, Depressionen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmacht, Schwindel, häufige Kopfschmerzen?
- f) der Augen, z. B. Herabsetzung der Sehschärfe?
 Dioptrienzahl? Rechts Links
- g) der Ohren (z. B. Ohrenfluss, Schwerhörigkeit)?
- h) der Haut, der Drüsen, der Milz, des Blutes; Allergien?
- i) Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse?
- j) Geschwülste (Tumore)?
- k) der Knochen und Gelenke, der Wirbelsäule, der Bandscheiben; Gelenkrheumatismus, rheumatische Beschwerden?
- l) akute oder chronische Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. Malaria)?
- m) Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)?
- n) sonstige Krankheiten, Gebrechen, körperliche Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?
- o) Bei Frauen:** Erkrankungen der weiblichen Organe?
- Besteht Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat?
- Sind eventuell vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen?
5. a) Sind Sie mit Medikamenten (z. B. Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln) behandelt worden?
- b) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten fünf Jahren häufig oder regelmäßig Medikamente (auch Schlaf- und Beruhigungsmittel), Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel (auch Alkohol)?
- c) Rauchen Sie Zigaretten? Wenn ja, wie viele täglich?
- d) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, in welchem Umfang?
- e) Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen? Wenn ja, wann?

Erklärung vor dem Arzt

Zutreffendes bitte ankreuzen.

	Nein	Ja	Erläuterungen (z. B. wann, weshalb?); Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)
6. a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Wenn ja, welcher Art? Welche Folgen bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Beantragten, 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? Wenn ja, wie viel %? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 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"/>	
8. a) Wurden Sie mit Röntgen- oder Isotopenstrahlen oder mit Sonographie untersucht? Ergebnis? Befund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Wurde früher ein Elektrokardiogramm aufgenommen? Ergebnis? Befund? (Falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht bitte einsenden.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. a) Sind Sie in Krankenhäusern, Kuranstalten oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Haben andere Ärzte außer den bereits genannten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre untersucht, beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. a) Welchen Arzt nehmen Sie für sich gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt)?	<input type="text"/>		
b) Welchen Arzt haben Sie zuletzt beansprucht?	<input type="text"/>		

Ermächtigung

Ich stimme ausdrücklich zu, dass

- der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag geschlossen oder abgeändert wird, alle unerlässlichen Auskünfte von den namentlich angeführten Ärzten und Einrichtungen der Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge einholen darf.
- der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall
 - über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei den Ärzten, Krankenanstalten und sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge alle unerlässlichen Erkundigungen einzieht; sie entbinden die Befragten im voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht;
 - über beantragte bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern und privaten Versicherungsunternehmen alle unerlässlichen Erkundigungen einzieht.

Die Zustimmungserklärung umfasst auch die Anforderung von allen zu diesen Beurteilungen unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsbericht, Histologie- und Laborbefunde, diagnostische Befunde, ärztlicher Verlaufsbericht, Statusblatt mit Infusionsplan, Pflegebericht) von diesen Ärzten und Einrichtungen. Die erteilten Zustimmungserklärungen umfassen weiters auch die entsprechende Zustimmung zur Übermittlung von Daten durch Ärzte, Krankenanstalten sowie sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge in den genannten Fällen.

Diese erteilten Zustimmungserklärungen und die Entbindung von der Schweigepflicht können vom Antragsteller und den zu versichernden Personen im Einzelfall widerrufen werden.

Ich bin vom untersuchenden Arzt über die besondere Bedeutung des HIV-Testes aufgeklärt worden und erkläre gleichzeitig mit meiner nachfolgenden Unterschrift mein Einverständnis zur Durchführung des Testes sowie zur Weitergabe des Testergebnisses an den medizinischen Sachverständigen der Gesellschaft.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Sind Sie mit der zu untersuchenden Person verwandt oder verschwägert?
(Falls zutreffend, darf die Untersuchung nicht vorgenommen werden.)

Nein Ja

Erläuterungen (z. B. wann, weshalb?); Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)

Haben Sie sie bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt?
Wenn ja, wann und weshalb?

1. a) Gewicht ohne Kleidung: kg
 Größe ohne Schuhe: cm
 Umfang des Brustkorbes: cm
 Umfang des Halses: cm
 Umfang des Leibes: cm

b) Macht die zu untersuchende Person einen altersentsprechenden, gesunden und frischen Eindruck?

Adipös Gut genährt Mager (Zutreffendes bitte ankreuzen)

2. Halten Sie **Skelett und Bewegungsapparat** für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?

3. Halten Sie **Haut und Schleimhäute** für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?

4. Halten Sie die **Sinnesorgane** für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?

5. Halten Sie **Nervensystem und Psyche** für gesund, verhalten sich insbesondere die Reflexe (Pupillenreaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflexe, Romberg) normal? Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?

6. Halten Sie das **Hormonsystem** – insbesondere die **Schilddrüse** – für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?

7. Herz und Kreislauf

a) Besteht perkutorisch ein Anhalt für eine Herzvergrößerung?

b) Sind die Herztöne rein und normal betont?

Ausmaß:

c) Bestehen Geräusche? Wenn ja, welche? Wo?

d) Sind die Geräusche organisch?

e) Blutdruck und Pulsfrequenz.

Pulschläge je Minute

Blutdruck in mm Hg
Systol. Diastol.

In Ruhe:

--	--	--

Nach Belastung (mind. 15 Kniebeugen o. Ä.):

--	--	--

f) Ist der Puls in Ruhe und nach Belastung gleich- und regelmäßig? Wenn nein, worin besteht die Abweichung? Bei Extrasystolen: wie viele in der Minute in Ruhe und nach Belastung?

g) Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen (Atemnot, Zyanose, Ödeme)?

h) Sind Krampfadern vorhanden (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)?

i) Können Sie noch zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen? Welche Erkrankung liegt vor?

8. Atmungsorgane

a) Besteht Heiserkeit? Husten? Wenn ja, seit wann? Ursache?

b) Form und Wölbung des Brustkorbs?

c) Ergebnis der Perkussion und Auskultation:

d) Halten Sie die Atmungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?

Untersuchungsbefund

Zutreffendes bitte ankreuzen.

9. Verdauungsorgane

- a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Rachen?
- b) Ergebnis der Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauches (Magen, Leber, Gallenblase, Pankreas, Milz, Darm):
- c) Halten Sie die Verdauungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?

Nein Ja Erläuterungen (z. B. wann, weshalb?); Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)

10. Harn- und Geschlechtsorgane

- a) Harnuntersuchung: Wurde der Harn in Ihren Praxisräumen entleert?
- Enthält der Harn:
Eiweiß
Zucker
Ist Urobilinogen vermehrt?
- b) Halten Sie die Harn- und Geschlechtsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?
- c) Bei Frauen: Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der weiblichen Organe? Wenn ja, auf welches Leiden?

Sedimentbefund:

11. Sonstiges

Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde (z. B. Drüenschwellung) erhoben? Wenn ja, welche?

12. Der Arzt kann dem Untersuchten krankhafte Befunde mitteilen. Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?

13. Bemerkung:

14. HIV-Test

Durchgeführt am:

Ergebnis:

- Die Rechnung für den HIV-Test geht Ihnen direkt vom Labor aus zu.
- Bitte die Kosten für den HIV-Test (€ 26) auf mein u. g. Konto überweisen.

Für die Risikobeurteilung sind noch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb ist es nicht erwünscht, durch Mitteilung über das Versicherungswagnis der Risikobeurteilung des Versicherungsunternehmens vorzugreifen.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihrem Patienten eine Kopie dieses Berichts überlassen, wenn er dies wünscht? Ja Nein

Honorar

Wir bieten Ihnen für diese Untersuchung ein Honorar in Höhe von € 55 an.

Geldinstitut

BLZ

Konto-Nr.

Unterschrift

Ort, Datum (bitte unbedingt angeben)

Unterschrift des Arztes

Arztstempel