

Bitte einsenden an (Stempel der MD / RD / KDC)

## Ärztliches Zeugnis

über Herrn/ Frau (bei Frauen auch Geburtsname) Name	Vorname	geboren am
Beruf (genaue Angabe der Beschäftigung)		ggf. auch Nebenberuf
PLZ / Wohnort	Straße / Haus-Nr.	AE / VSNR

Antragsteller, falls nicht mit zu versichernder Person übereinstimmend:
Name
Vorname

### I. •Erklärung vom Arzt

Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und ist mit nein oder ja zu beantworten.

1. Sind bei Ihren leiblichen Eltern oder Geschwistern vor Vollendung des 65. Lebensjahres Zuckerkrankheit, Herz- oder Kreislauferkrankungen, Schlaganfall, Nierenerkrankungen, Krebs, Multiple Sklerose, Gemüts- oder Erbkrankheiten aufgetreten?	Welche? Bei wem?
2. Sind Sie in Ihrem Beruf oder beim Sport besonderen Gefahren ausgesetzt?	Welchen?
Bitte generell angeben: <b>Welche? Wann? Wie oft? Wie lange?</b>	
3. <u>Bestanden</u> oder <u>bestehen</u> bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? (Das bei Einzelangaben <u>Zutreffende</u> bitte <u>unterstreichen</u> und rechts erläutern.)	<b>Behandelnde Ärzte</b> (mit Anschrift)
a) des <u>Herzens</u> oder der <u>Kreislauforgane</u> , z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie?	a)
b) der <u>Atmungsorgane</u> , z. B. Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fellentzündung, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma?	b)
c) der <u>Verdauungsorgane</u> , z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse?	c)
d) der <u>Harn- oder Geschlechtsorgane</u> , z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung?	d)
e) des <u>Gehirns</u> oder <u>Rückenmarks</u> , der Nerven, Geistesstörungen, Depressionen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen?	e)
f) der Augen, z. B. Herabsetzung der Sehschärfe? Dioptrienzahl? _____	f)
g) der Ohren, z. B. Ohrenfluss, Schwerhörigkeit?	g)
h) der Haut, der Drüsen, der Milz, des Blutes; Allergien?	h)
i) Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse?	i)
k) Geschwülste (Tumore)?	k)
l) der Knochen und Gelenke, der Wirbelsäule, der Bandscheiben, Gelenkrheumatismus, rheumatische Beschwerden?	l)
m) akute oder chronische Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten, z. B. Malaria?	m)
n) Wurde bei Ihnen eine AIDS-Infektion (HIV-Infektion) festgestellt (z. B. durch eine Blutuntersuchung)?	n)
o) sonstige Krankheiten, Gebrechen, körperliche Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	o)
p) Besteht Schwangerschaft? In welchem Monat?	p)
Sind evtl. vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen?	

Eine sorgfältige, ausführliche Beantwortung dieser Fragen erspart Rückfragen und beschleunigt damit die Bearbeitung des Antrages.

		Bitte generell angeben: Wann? Weshalb? Wie oft? Wie lange?	
4. a) Sind Sie mit Medikamenten, z. B. Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt worden? Welche? Wann?	a)	<b>Behandelnde Ärzte</b> (mit Anschrift)	
b) Nahmen oder nehmen Sie Drogen oder andere Betäubungsmittel? Welche? Wann?	b)		
c) Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel täglich?	c)		
d) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? In welchem Umfang?	d)		
e) Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen? Wann?	e)		
5. a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welcher Art? Welche Folgen bestehen?	a)		
b) Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension? Weshalb? Von welcher Stelle?	b)		
c) Besteht eine chronische Erkrankung bzw. dauerhafte körperliche Behinderung? Wenn ja, welche/aufgrund welches Leidens? Besteht ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)?	c)		
6. a) Sind Sie operiert worden?	a)		
b) Ist eine Operation vorgesehen?	b)		
c) Wurde bei Ihnen eine Strahlenbehandlung durchgeführt?	c)		
7. a) Wurden Sie mit Röntgen, Ultraschall (Sonographie), Kernspin (MRT), Computertomographie (CT) oder anderen bildgebenden Untersuchungsverfahren (z. B. Szintigraphie) untersucht? Ergebnis?	a)		
b) Wurde ein Elektrokardiogramm aufgenommen? Belastet/Unbelastet? Ergebnis? (Falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht bitte einsenden.)	b)		
8. Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen? Welche?			
9. a) Haben andere Ärzte, außer den bereits genannten, Sie innerhalb der letzten fünf Jahre untersucht, beraten oder behandelt? <b>Grund/Befund?</b>	a)		
b) Sind Sie in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt worden? <b>Grund/Befund?</b>	b)		
10. a) Welchen Arzt nehmen Sie für sich gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt)? <b>Grund/Befund?</b>	<b>Name und Anschrift des Arztes</b> a)	<b>Wann? Weshalb?</b>	
b) Welchen Arzt haben Sie zuletzt beansprucht? <b>Grund/Befund?</b>	b)		

Ich habe die Continentale Lebensversicherung a.G. bereits bei Antragstellung dazu ermächtigt, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Behörden über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen. Dies gilt nur für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten fünf Jahre nach der Antragsannahme. Mit einem Aids-Test bin ich einverstanden. Die Continentale Lebensversicherung a.G. darf auch die Ärzte, die die Todesursachen feststellen und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, über die Todesursache oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Insoweit habe ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus entbunden.

Für die Antragsprüfung erteile ich die Schweigepflichtentbindung nicht pauschal sondern im jeweiligen Einzelfall auf Anforderung. Ich ermächtige die Continentale Lebensversicherung a.G., von folgendem, ausdrücklich genannten Arzt, bei dem ich in Behandlung war oder sein werde, die zur Prüfung des Antrages erforderlichen Auskünfte, insbesondere ausführliche Berichte – unter anderem in Form des vorliegenden „Ärztlichen Zeugnisses“ – über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, einzuholen:

\_\_\_\_\_  
(Name, Adresse des Arztes)

Diese ausdrücklich genannte Person entbinde ich hiermit von ihrer Schweigepflicht.

Unterschrift der zu versichernden Person

Tag

Arztstempel

Unterschrift des Arztes

## II. • Untersuchungsbefund

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

Haben Sie sie bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt?

Wann und weshalb?

1. a) Gewicht ohne Kleidung: kg	Umfang des Brustkorbes: eingeatmet	cm / ausgeatmet	cm
Größe ohne Schuhe: cm	des Halses:	cm	
b) Macht die zu untersuchende Person einen altersentsprechenden, gesunden und frischen Eindruck?	des Leibes:	cm	
	b) <input type="checkbox"/> übergewichtig <input type="checkbox"/> gut genährt <input type="checkbox"/> untergewichtig?	(Zutreffendes bitte ankreuzen)	
2. Halten Sie <u>Skelett und Bewegungsapparat</u> für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?			
3. Halten Sie <u>Haut und Schleimhäute</u> für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?			
4. Halten Sie <u>die Sinnesorgane</u> für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?			
5. Halten Sie <u>Nervensystem und Psyche</u> für gesund, insbesondere verhalten sich die Reflexe (Pupillenreaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflexe, Romberg) normal? Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?			
6. Halten Sie das <u>Hormonsystem</u> – insbesondere die <u>Schilddrüse</u> für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?			
7. <u>Herz und Kreislauf</u>			
a) Besteht perkutorisch ein Anhalt für eine Herzvergrößerung?	a)	Ausmaß	
b) Sind die Herztöne rein und normal betont?	b)		
c) Bestehen Geräusche? Welche? Wo?	c)		
d) Sind die Geräusche organisch?	d)		
		Pulsschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg. systolisch
e) Blutdruck und Pulsfrequenz in Ruhe			diastolisch
Kontrolle am Ende der Untersuchung (falls erste Messung über 145/95)			
f) Ist der Puls gleich- und regelmäßig? Wenn nicht, worin bestehen die Abweichungen? Bei Extrasystolen: Wie viele in der Minute?	f)		
g) Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen? (Atemnot, Cyanose, Oedeme)	g)		
h) Sind Krampfaderen vorhanden? (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)	h)		
i) Können Sie noch zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen?  Welche Erkrankung liegt vor?	i)		

8. <u>Atmungsorgane</u>	a)																																																
a) Besteht Heiserkeit? Husten? Seit wann? Ursache?																																																	
b) Form und Wölbung des Brustkorbs?	b)																																																
c) Ergebnis der Perkussion und Auskultation	c)																																																
d) Halten Sie die Atmungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	d)																																																
9. <u>Verdauungsorgane</u>	a)																																																
a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Rachen?																																																	
b) Ergebnis der Inspektion und Perkussion des Bauches (Magen, Leber, Gallenblase, Pankreas, Milz, Darm)	b)																																																
c) Halten Sie die Verdauungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	c)																																																
10. <u>Harn- und Geschlechtsorgane</u>	a)																																																
a) Harnuntersuchung (mittels großem Urinteststreifen) Unauffälliger Befund? Falls nein, welche pathologischen Ergebnisse?	<input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> nein</span>																																																
b) Halten Sie die Harn- und Geschlechtsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	b)																																																
c) Bei Frauen: Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der weiblichen Organe? Wenn ja, auf welches Leiden?	c)																																																
11. <u>Rauchgewohnheiten</u> Haben Sie Kenntnis über die Rauchgewohn- heiten der zu versichernden Person?	<input type="checkbox"/> Nichtraucher <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> mäßiger Raucher</span> <input type="checkbox"/> starker Raucher <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> unbekannt</span>																																																
12. <u>Sonstiges</u> Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde (z. B. Drüenschwellungen) erhoben? Welche?																																																	
13. <u>Laborbefunde</u>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 10%;">Ergebnis</th> <th style="width: 10%;">Normalwerte</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Ergebnis</th> <th style="width: 10%;">Normalwerte</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Ergebnis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BSG</td> <td></td> <td></td> <td>Gesamt-Chol.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>HIV-AK-Test (1 + 2)</td> </tr> <tr> <td>Y-GT</td> <td></td> <td></td> <td>HDL-Chol.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>kl. Blutbild</td> </tr> <tr> <td>GPT</td> <td></td> <td></td> <td>LDL-Chol.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Harnsäure</td> <td></td> <td></td> <td>Triglyceride</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Cotintest</td> </tr> <tr> <td>Kreatinin</td> <td></td> <td></td> <td>Nüchternblutzucker</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>(nur auf spezielle Anforderung)</td> </tr> </tbody> </table>		Ergebnis	Normalwerte		Ergebnis	Normalwerte		Ergebnis	BSG			Gesamt-Chol.				HIV-AK-Test (1 + 2)	Y-GT			HDL-Chol.				kl. Blutbild	GPT			LDL-Chol.					Harnsäure			Triglyceride				Cotintest	Kreatinin			Nüchternblutzucker				(nur auf spezielle Anforderung)
	Ergebnis	Normalwerte		Ergebnis	Normalwerte		Ergebnis																																										
BSG			Gesamt-Chol.				HIV-AK-Test (1 + 2)																																										
Y-GT			HDL-Chol.				kl. Blutbild																																										
GPT			LDL-Chol.																																														
Harnsäure			Triglyceride				Cotintest																																										
Kreatinin			Nüchternblutzucker				(nur auf spezielle Anforderung)																																										
14. Bemerkungen																																																	
15. Der Arzt kann dem Untersuchten krankhafte Befunde mitteilen.																																																	
a) 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.																																																

Wir bieten Ihnen für diese Untersuchung einschließlich der Kosten für die Laborbefunde ein Honorar in Höhe von 150 EUR.

Das Honorar ist zu überweisen auf

Postbank	BLZ	Konto
oder Institut	BLZ	Konto
Ort / Datum	Arztstempel	Konto-Nr. des honorarberechtigten Arztes. (Postbank / Bank / Sparkasse) Unterschrift