

Bitte einsenden an:

Falls keine Angabe, an Direktion, 81357 München

Kleines ärztliches Zeugnis

Nur für Anträge unter unseren Untersuchungsgrenzen, wenn Vinkulierung mit Fristenverzicht gewünscht wird, verwenden.

Continentale Lebensversicherung a.G.

Direktion

Baierbrunner Str. 31-33 · 81379 München

Telefon (089) 51 53-0

Telefax (089) 51 53-200

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

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: Welche? Wann? Wie oft? Wie lange?	
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.)	Behandelnde Ärzte (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? Dioptriengahl? _____	f)
g) der Ohren, z. B. Ohrenfluss, Schwerhörigkeit?	g)
h) der Haut, der Drüsen, der Milz, des Blutes; Allergien?	h)
i) Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäurerhöhungen, 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?	

		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)	Behandelnde Ärzte (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? Grund/Befund?	a)	
b)	Sind Sie in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt worden? Grund/Befund?	b)	
10. a)	Welchen Arzt nehmen Sie für sich gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt)? Grund/Befund?	Name und Anschrift des Arztes a)	Wann? Weshalb?
b)	Welchen Arzt haben Sie zuletzt beansprucht? Grund/Befund?	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