

## Ärztliches Zeugnis

|                                |       |  |   | _  |  |      |  |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|--------------------------------|-------|--|---|--|--|------|--|--------------------|-----------------------------------|--------------|----|------------------|--|--|
| Versicherte<br>Person          | Stra  |  | Herr  | Name,  |  |      |  | Vo<br>na           | or-<br>ime                        |              |    |                  |  |  |
|                                |       | s-Nr.  |   |  |  |      |  |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                |       | leitzahl                                     |   |  | Wohnort  |      |  |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | Telet | fon mit<br>vahl                              |   |  |  | N    | lationalit   | ät                 |                                   | Geburtsdatum |    |                  |  |  |
|                                |       |  |   | -  | Lebensversicherungsan<br>ungen erforderlich sind   | -    |  | -                  |                                   |              | ١. |                  |  |  |
|                                | Hinv  |  | usstellu                                      |  | ztlichen Zeugnisses da   |      |  |                    |                                   |              |    | er verwandt noch |  |  |
| I. Erklärungen<br>vor dem Arzt |       | Angaben zu<br>Alter zu                       |   | ern  | Falls krank,   |      |  |                    | Wenn verstorben,                  |              |    |                  |  |  |
|                                | Vate  | bzw. be                                      | i Tod   |  | woran leidet er?   |      |  |                    | Todesursache?                     |              |    |                  |  |  |
|                                | Mut   | ter Alter zu<br>bzw. be                      |   |  | Falls krank,<br>woran leidet sie?  |      |  |                    | Wenn verstorben,<br>Todesursache? |              |    |                  |  |  |
|                                |       |  |   |  |  |      | <b>Erläuterungen zu den mit ja beantworteten Fragen</b> und nähere Angaben zu<br>Diagnose, Zeitpunkt, Dauer (Name und Anschrift des Arztes sowie weitere<br>Erläuterungen ggf. auf gesonderter unterschriebener Anlage geben). |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | 2.    |  |   |  | skeit besonderen<br>ja, welchen?   | nein | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | 3.    | Treiben Sie<br>Wenn ja, v                    | Sport?  | port?  |  |      | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | 4.    | Bestehen                                     | oder bes                                      | tanden b   | ei Ihnen jemals<br>er Beschwerden  | _    |  |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | 4.1   | z.B. Epilep                                  | sie, Sch                                      | vindel, Lä   | r <b>Psyche</b> , wie<br>hmungen,<br>essionen oder andere?   | nein | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | 4.2   | des <b>Gehö</b> r<br>Entzündu                |   |  |  | nein | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                |       | der <b>Augen</b><br>normalen                 | , wie z. E<br>Sehschä                         | 3. Abweich<br>irfe, Sehsc                                    | ungen von der  | nein | ja   | Dioptrien<br>links | Dioptr<br>rechts                  |              |    |                  |  |  |
|                                | 4.4   |  | nische B                                      | ronchitis,   | 3. Asthma, wiederholte<br>Lungenentzündung,<br>dere?   | nein | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | 4.5   | Blutdruck,<br>Herzfehler                     | , Durchb<br>r, Herzsc<br>Iirnschla            | lutungsst<br>hwäche, F<br>ng, Venene                         | f <b>äße</b> , wie z.B. erhöhter<br>örungen, Herzinfarkt,<br>Herzklopfen, Angina<br>entzündung,                | nein | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | 4.6   | der <b>Verdau</b><br>Magen- od<br>Blutungen  | ungsor<br>ler Darm<br>I, Hämoi<br>der Gall    | g <b>ane</b> , wie<br>ngeschwür<br>rrhoiden, G<br>enblase, d | z.B. Zwerchfellbruch,<br>re bzw. Entzündungen,<br>Gelbsucht, Erkrankunger<br>er Drüsen, der Milz, der<br>dere? | nein | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | 4.7   |  | n, Blut-                                      |  | organe, wie z.B. Nieren-,<br>statakrankheit,<br>ßausscheidung im Urin  | nein | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | 4.8   |  |   |  | re, Ekzeme, Psoriasis,<br>autkrebs oder andere?  | nein | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | 4.9   | des <b>Bewe</b> g<br>Wirbelsäu<br>Sehnen), v | gungsap<br>le, Band<br>vie z.B. F             | <b>parates</b> (K<br>scheiben,<br>Rücken-, N                 | nochen, Gelenke,<br>Muskeln, Bänder,<br>acken und Schulter-<br>uma oder andere?                                | nein | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | 4.10  | z.B. Zucke<br>Schilddrüs<br>Blutarmut        | rkrankh<br>sen-, Drü<br>s, Gerinn<br>bnisse e | eit, erhöh<br>sen- oder<br>ungsstört<br>ventuell v           | Blutes, wie<br>tes Cholesterin, Gicht,<br>Hormonstörungen,<br>Ingen oder andere?<br>Forliegender<br>eben)      | nein | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                |       | HIV-Infekt                                   | ion, sex                                      | uell übertı  | ektionen, wie z.B. AIDS,<br>ragbare Krankheiten,<br>neiten oder andere?  | nein | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | 4.12  | Andere Kr<br>nach dene<br>(z.B. Gebu         | ankheit<br>n hier n<br>rtsgebre<br>ngen, Ge   | en, Störun<br>iicht ausd<br>chen, rheu                       | gen oder Beschwerden,<br>rücklich gefragt wurde<br>ımatische Erkrankungen,<br>Krebs usw.)?                     | nein | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | -     | Besteht ei                                   | ne Schw                                       |  |  | nein | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                |       | Wenn ja, e<br>Wenn ja: V                     |   |  | stermin<br>/erlauf normal?   | nein | _  |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                |       |  |   |  |  |      |  |                    |                                   |              |    |                  |  |  |
|                                | 5.2   | oder eine I                                  | Krankhe                                       | it der Brüs  | kologische Erkrankung<br>ste durchgemacht?<br>e lange? Geheilt?  | nein | ja   |                    |                                   |              |    |                  |  |  |

| l | _  |   |
|---|--|---|
|   | 2  |   |
|   | 170  |   |
|   | roi  |   |
| ٠ | 2  |   |
|   | ,  | 0 |
|   | פֿר  | , |
|   | Ì  |   |
| : | č  | 9 |
|   | ū  | n |
|   | 9  |   |
|   | 9  | J |
| ١ | 4  | , |
|   | ŧ  |   |
| ı | _  | J |
|   | 9  |   |
| : | Ē  |   |
|   | t  | n |
|   | 5  | ď |
|   | ğ  |   |
|   | d  | J |
|   | جَ   |   |
|   | 0  | 1 |
|   | 100  | ı |
|   | 2  |   |
|   | 2  |   |
|   | 7  |   |
|   | 2  | 2 |
| • | Bitto mit schwarzem Kugelschreiber austillen! Zutreffendes Kästchen ankreuzen! |   |
|   | ±  | 1 |
|   | 2  |   |
|   | 4  |   |
| • | ď  |   |
|   |  |   |

Ort, Datum

|                                    |                                |   |  |   | Erläuterungen zu den mit ja beantworteten Fragen und nähere Angaben zu<br>Diagnose, Zeitpunkt, Dauer (Name und Anschrift des Arztes sowie weitere<br>Erläuterungen ggf. auf gesonderter unterschriebener Anlage geben).   |
|------------------------------------|--------------------------------|---|--|---|---|
| I. Erklärungen<br>vor dem Arzt     | 6.1                            | Nahmen oder nehmen Sie Medikamente,<br>Drogen oder andere Betäubungsmittel?   | nein   | ja  | Etiauterungen ggs. auf gesondertei unterschnebener Amage geben).  |
| (Fortsetzung)                      | 6.2                            | Wenn ja, welche? Wann? Wieviel? Wann zuletzt? Haben Sie einen Selbstmordversuch unternommen? Wenn ja, wann?   | nein   | ja  |   |
|                                    | 6.3                            | Nahmen oder nehmen Sie alkoholische<br>Getränke zu sich?<br>Wenn ja, welche? Wann? Wieviel? Wann zuletzt?   | nein   | ja  |   |
|                                    | 6.4                            | Rauchen Sie?<br>Bitte Art und Menge der Rauschmittel<br>(z.B. Zigaretten) angeben.  | nein   | ja  |   |
|                                    | 6.5                            | Seit wann sind Sie Nichtraucher?  | nein   | ja  | Datum   |
|                                    | 7.                             | Werden oder wurden Sie mit Herzmitteln, bludruck-,<br>blutzucker- oder harnsäuresenkenden oder<br>sonstigen den Stoffwechsel beeinflussenden<br>Mitteln behandelt?  | nein   | ja  | Datum   |
|                                    | 8.                             | Wenn ja, seit wann? Welche? Wieviel täglich?<br>Haben Sie anerkannte Berufskrankheiten, Unfälle,<br>Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?<br>Wenn ja, wann? Art?   | nein   | ja  |   |
|                                    |                                | Sind hiervon Folgen zurückgeblieben?<br>Wenn ja, welche? Grad der Behinderung?  | nein   | ja  |   |
|                                    | 9.                             | Sind Sie operiert worden?<br>Wenn ja, wann? Weshalb?  | nein   | ja  |   |
|                                    | 10.                            | Ist eine Operation vorgesehen oder angeraten?   | nein   | ja  |   |
|                                    | 11.                            | Wenn ja, wann? Weshalb? Sind Sie mit Röntgenstrahlen, Radium oder   | nein   | ja  |   |
|                                    |                                | sonstigen radioaktiven Stoffen behandelt worden<br>oder untersucht worden?<br>Wenn ja, wann? Weshalb?   |  |   |   |
|                                    | 12.                            | Wurde eine Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung durchgeführt? Wenn ja, wann? Weshalb? Ergebnis?  | nein   | ja  |   |
|                                    | 13.                            | Wurde ein Elektrokardiogramm gefertigt?<br>Wenn ja, wann? Weshalb? Ergebnis?  | nein   | ja  |   |
|                                    | 14.                            | Wurden Laboruntersuchungen durchgeführt?<br>Wenn ja, wann? Weshalb? Ergebnis?   | nein   | ja  |   |
|                                    | 15.                            | Wurde bei Ihnen ein HIV-Antikörpertest<br>durchgeführt?<br>Wenn ja, wann? Ergebnis positiv/negativ?   | nein   | ja  |   |
|                                    | 16.                            | Sind Sie von anderen Ärzten oder Heilpraktikern<br>untersucht, beraten oder behandelt worden?<br>Wenn ja, wann? Weshalb?  | nein   | ja  |   |
|                                    | 17.                            | Sind Sie in einem Krankenhaus, einer Heilstätte,<br>einem Sanatorium, einer Kuranstalt oder in einem<br>Heilbad ärztlich behandelt worden?<br>Wenn ja, wann? Weshalb?   | nein   | ja  |   |
|                                    | 18.                            | Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?<br>Name/Anschrift   | nein   |   |   |
|                                    |                                | Wann und weshalb haben Sie ihn in Anspruch genommen?  | nein   | ja  | Datum   |
|                                    | nic                            |   |  |   | vortet sind. Dafür übernehme ich die Verantwortung, auch wenn ich die Antworten<br>klich meine Zustimmung für eine Blutentnahme zur Durchführung eines HIV-   |
| Wichtig für                        |                                |   | Pflichten v  | om Vertr  | ag zurücktreten oder die Leistung verweigern bzw. vermindern kann.  |
| die zu ver-<br>sichernde<br>Person | 1<br>(<br>f<br>2<br>1          | und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeein richtun<br>Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse be<br>für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung die näd<br>eststellen, die Ärzte, die mich im letzten Jahr<br>Sozialversicherungsträgern – über die Todesursachen o<br>Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beanspru<br>untersucht haben, sowie Behörden – mit Ausnahme vo<br>der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheit<br>nsoweit entbinde ich unwiderruflich alle, die hiernach   | gen, bei de<br>ei Vertragsa<br>chsten zehr<br>vor meine<br>der die Krai<br>cht, darf de<br>on Sozialver<br>en, die zur l<br>befragt we | nen ich i<br>bschluss<br>n Jahre) r<br>m Tode<br>nkheiten<br>er Versich<br>rsicherun<br>Berufsun<br>rden, vor | ierer die in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich<br>igsträgern – auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer<br>fähigkeit geführt haben, befragen.<br>1 der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.   |
|                                    | \<br>i<br>(<br> <br> <br> <br> | /ersicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeb<br>Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Ve<br>ibermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig<br>Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.<br>Ich willige ferner ein, dass die Versicherer unserer Ur<br>Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsame<br>Ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherung<br>Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rüc<br>Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf<br>Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus | en, an Rückersicherer un<br>vom Zustanternehmen<br>n Datensan<br>ssangeleger<br>kversichere<br>den Vertra<br>für die Bet               | kversiche<br>nd/oder a<br>ndekom<br>nsgruppe<br>nmlunge<br>nheiten d<br>er überm<br>g und jed<br>reuung a     | aten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge,<br>erer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur<br>an den Lebensversicherungsverband zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer<br>men des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten<br>e (HDI Lebensversicherung AG/ASPECTA Lebensversicherung AG) meine allgemeinen<br>n führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der<br>ient.<br>ittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur<br>derzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen<br>uch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.<br>tzlich für die anderen Verbraucherinformationen vorgesehenen Zeitpunkt – auf Wunsch |
| Unterschriften                     |                                |   |  |   |   |
|                                    | Or                             | t, Datum U  | Interschrift   | der zu v  | ersichernden Person, falls minderjährig Unterschrift der gesetzl. Vertreter   |
|                                    |                                |   |  |   | der zu versichernden Person so wie niedergeschrieben beantwortet worden sind.   |
|                                    |                                |   |  |   |   |

Stempel und Unterschrift des Arztes

| $\nabla$                                   | 1   |
|--|-----|
| _  | 2   |
| _  |     |
| 2  |     |
| ā  | 4   |
| -  | ì   |
| ā  | j   |
| 2  | -   |
| ÷  | _   |
| 5  | =   |
|  | •   |
| 2  | Ę   |
| ď  | 2   |
| ÷  | 7   |
| ÷  | j   |
| Ľ,   | 1   |
|  | ï   |
| dec Kästrhen ankreuzen!                    |     |
| 0  |     |
| ť  | í   |
| è  | _   |
| treffendes Käs                             | j   |
| al Zurreffe                                |     |
| a  | j   |
| -  |     |
| Ξ  | 3   |
| Ñ  | j   |
| _  | •   |
| 2  |     |
| _0   | J   |
|  |     |
| Ξ  | =   |
| Ξ  | 5   |
| Lill of                                    | 2   |
| III cefiiil                                |     |
| Justill                                    | 2   |
| ar arrefiil                                | 200 |
| liile and                                  |     |
| iher ancfiil                               |     |
| reiher aucfiil                             |     |
| hreiher ancfiil                            |     |
| chreiher ancfiil                           |     |
| Ischreiher ausfiil                         |     |
| SIIC.                                      |     |
| Igelschreiher ausfiil                      |     |
| Cugalschraiher ausfiil                     |     |
| Kugelschreiher ausfül                      |     |
| n Kiic                                     |     |
| Ritte mit schwarzem Knoelschreiher ansfiil |     |

|                           |   |   |                        | I                       | Diagnose, Ž              | eitpunkt, Dau    | er (Name und Anschri               | igen und nähere Angaben zu<br>ift des Arztes sowie weitere |
|---------------------------|---|---|------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------|------------------------------------|--|
| II. Fragen an<br>den Arzt | Wodurch haben Sie sich v<br>untersuchenden mit der<br>überzeugt?  | von der Identität der zu<br>zu versichernden Person                             |                        |                         | Erläuterung              | gen ggf. auf ges | sonderter unterschrieb             | bener Anlage geben).                                       |
|                           | <ol><li>Sind Sie mit der zu versic<br/>oder verschwägert?</li></ol>   | nein  | ja                     |                         |                          |                  |                                    |  |
|                           |   | Wenn ja, bitte möglichst<br>hte und EKG-Streifen ein-                           | nein                   | ja                      |                          |                  |                                    |  |
| III. Unter-               | Körpermaße  |   |                        |                         |                          |                  |                                    |  |
| suchungs-<br>befund       | 1. Gewicht  | kg  | Größe                  |                         |                          | cm               |                                    |  |
| Del alla                  | 1.1 Umfang des Brustkorbs<br>(eingeatmet)   | cm  | Umfang de<br>(ausgeatm |                         | orbs                     | cm               |                                    |  |
|                           | 1.2 Umfang des Halses   | cm  | Umfang de              | es Leibes               |                          | cm               |                                    |  |
|                           | Nerven und Sinne  |   |                        |                         |                          |                  |                                    |  |
|                           | <ol> <li>Besteht aufgrund der Ar<br/>Untersuchungsbefunde<br/>Kurzsichtigkeit oder son</li> </ol>                                   | es der Verdacht auf   | nein                   | ja                      |                          |                  |                                    |  |
|                           | 2.1 Besteht aufgrund der Ar<br>Untersuchungsbefunde<br>Schwerhörigkeit oder so  | s der Verdacht auf  | nein                   | ja                      |                          |                  |                                    |  |
|                           | 2.2 Zeigt die Prüfung der Re<br>Patellar- und Achillessel<br>und Bauchdeckenreflex<br>krankhaften Befund?                           | hnenreflexe, Fußsohlen-   | nein                   | ja                      |                          |                  |                                    |  |
|                           |   | Ergab die Prüfung des Nervensystems und der<br>Psyche einen krankhaften Befund? |                        |                         |                          |                  |                                    |  |
|                           | 3. Besteht aufgrund der Ar<br>Untersuchungsbefunde<br>Erkrankungen der Haut   | es der Verdacht auf   | nein                   | ja                      |                          |                  |                                    |  |
|                           |   | hwüre oder Geschwülste?   | nein                   | ja                      |                          |                  |                                    |  |
|                           | Herz und Kreislauf/Gefäßsystem  |   |                        |                         |                          |                  |                                    |  |
|                           | <ol> <li>Besteht aufgrund der Ar<br/>Untersuchungsbefunde<br/>vergrößertes Herz?<br/>Wenn ja, nach welcher S<br/>Ausmaß?</li> </ol> | es der Verdacht auf ein   | nein                   | ja                      |                          |                  |                                    |  |
|                           | 4.1 Ergibt die Auskultation<br>pathologischen Befund?<br>Wenn ja, welchen?  |   | nein                   | ja                      |                          |                  |                                    |  |
|                           | 4.2 Sind die Töne verstärkt?<br>Wenn ja, welche?  | ?   | nein                   | ja                      |                          |                  |                                    |  |
|                           | 4.3 Sind Geräusche hörbar?<br>Wenn ja, welche? Wo? Ir   |   | nein                   | ja                      | Wenn ja                  | organisch        | akzidentell                        |  |
|                           | 4.4 Puls und Blutdruck  |   |                        |                         |                          |                  |                                    |  |
|                           | 4.5 in Ruhe   |   | nein                   | ja                      | Pulsschläge<br>je Minute |                  | Blutdruck in mm H systol./diastol. | lg / /   |
|                           | 4.6 nach Belastung  | (nichaugan)   | _                      | _                       | Pulsschläge<br>je Minute |                  | Blutdruck in mm H systol./diastol. | lg / / / /   |
|                           | 4.7 Art der Belastung (z.B. k   |   | nein                   | ja                      |                          |                  |                                    |  |
|                           |   | Rückkehrzeit des Pulses zum Ruhewert  Treten Pulsunregelmäßigkeiten auf?        |                        |                         | Minuten                  |                  |                                    |  |
|                           | 4.10 Sind die Fußpulse abges  |   | nein                   | ja                      | Wenn ja                  | in Ruhe          | nach Belastung                     |  |
|                           | Sind Stenosegeräusche   |   | nein                   | ja<br>ja                |                          |                  |                                    |  |
|                           | ,   |   | nein                   | <b>∠</b> J <sup>a</sup> |                          |                  |                                    |  |
|                           | 4.11 Bestehen kardiale Insuf<br>Dekompensationsersch<br>(Atemnot, Zyanose, Oed  | einungen?   | nein                   | ja                      |                          |                  |                                    |  |
|                           | 4.12 Sind arteriosklerotische oder anzunehmen?  | Veränderungen vorhanden   | nein                   | ja                      |                          |                  |                                    |  |
|                           | 4.13 Sind Krampfadern vorha<br>Wenn ja, Stärke, Ausdeh  | anden?<br>nnung, Geschwüre, Narben?   | nein                   | ja                      |                          |                  |                                    |  |
|                           | 4.14 Können Sie noch zusätz<br>Kreislauf machen?<br>Wenn ja, welche Erkranl   | nein  | ja                     |                         |                          |                  |                                    |  |

| III. Unter-<br>suchungs-       | Atmungsorgane  |             |           | Diagnose,   | Zeitpunkt, Da                   | uer (Na | eantworteten Fragen und nähere Angaben zu<br>lame und Anschrift des Arztes sowie weitere<br>erter unterschriebene Anjage geben) |  |  |
|--------------------------------|--|-------------|-----------|-------------|---------------------------------|---------|---|--|--|
| <b>befund</b><br>(Fortsetzung) | Atmungsorgane 5. Besteht aufgrund der Anamnese oder des Untersuchungsbefundes der Verdacht auf bronchopulmonale Erkrankungen? Wenn ja, seit wann? Welche? Ursache?   | nein        | ja        | Enauterun   | gen ggi. auf ge                 | .sonue  | erter unterschriebener Anlage geben).   |  |  |
|                                | 5.1 Sind Form und Wölbung des Brustkorbes abnorm?  | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | 5.2 Sind die Ergebnisse von Perkussion und Auskultation  | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | abnorm? 5.3 Sind andere Anzeichen für eine Erkrankung der  | _           | _         |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | Atmungsorgane vorhanden?  Verdauungsorgane und Abdomen   | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | <ol> <li>Besteht aufgrund der Anamnese oder des Unter-<br/>suchungsbefundes der Verdacht auf Erkrankungen<br/>der Verdauungsorgane?</li> </ol>   | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | 6.1 Zeigen Inspektion, Palpation und Perkussion des<br>Bauchs (Magen, Leber, Gallenblase, Pankreas, Milz,<br>Darm) einen krankhaften Befund?   | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | 6.2 Insbesondere: ist die Leber vergrößert?  | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | Skelett und Bewegungsapparat   |             |           | Vergrößeru  | ing cm                          | K       | Consistenz  |  |  |
|                                | 7. Besteht aufgrund der Anamnese oder des<br>Untersuchungsbefundes der Verdacht auf<br>Erkrankungen der Knochen, der Gelenke oder<br>Muskeln?  | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | 7.1 Sind Deformitäten feststellbar?  | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | 7.2 Bestehen Anzeichen für eine<br>Wirbelsäulenerkrankung?   | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | Sonstiges  |             | _         |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | <ul> <li>8. Besteht aufgrund der Anamnese oder des Unter-<br/>suchungsbefundes der Verdacht auf:</li> <li>vergrößerte Lymphknoten?</li> </ul>  | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | - vergroiserte Lymphikhoten:   | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | <ul><li>- hormonelle Störungen (z.B. Nebennieren,<br/>Gonaden)?</li></ul>  | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | <ul><li>eine Vergrößerung oder Veränderung der<br/>Schilddrüse?</li></ul>  | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | 9. Wurden sonstige krankhafte Befunde erhoben?   | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | <ol> <li>Besteht nach dem Aussehen oder aufgrund der<br/>Untersuchung der Verdacht auf Missbrauch von<br/>Alkohol, Nikotin oder Drogen?</li> </ol>   | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | 11. Sind Ihnen weitere Risikofaktoren bekannt?   | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | <ol> <li>Wurden weitere Maßnahmen veranlasst oder<br/>empfohlen (Nachkontrolle, Abklärung, Therapie,<br/>Lebensweise)?</li> </ol>  | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | Harn- und Geschlechtsorgane  |             |           |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | <ol> <li>Besteht aufgrund der Anamnese oder des<br/>Untersuchungsbefundes der Verdacht auf<br/>Erkrankungen der Harn- oder Geschlechtsorgane?</li> </ol>   | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | 13.1 Harnuntersuchung (Combur 9-Test)  | nein        | ja        |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | 13.2 Sedimentbefund  | nein        | ja        | Ergebnis    |                                 |         |   |  |  |
|                                |  | _           | _         | Ergebnis    |                                 |         | <b>7</b> .  |  |  |
| Dama alkum san                 | 14. Mit der Weitergabe der Informationen an die versich  | erte Person | bin ich ( | einverstand | l <b>en.</b> ne                 | in      | ja  |  |  |
| Bemerkungen                    |  |             |           |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | Der Arzt kann zwar der untersuchten Person krankhafte Befunde mitteilen, jedoch wird dringend gebeten, sich nicht über die Versicherungsfähigkeit zu äußern<br>damit der Gesellschaft, die möglicherweise auch noch andere Gesichtspunkte berücksichtigen muss, vorgegriffen wird. |             |           |             |                                 |         |   |  |  |
|                                | Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?   |             |           |             | 1 . 1                           |         |   |  |  |
|                                | Wann hat die Untersuchung<br>stattgefunden? (Tag und Stunde)   |             | L         |             | hat die Untersu<br>ettgefunden? | cnung   |   |  |  |
|                                | Ort, Datum   |             |           | Sto         | empel und Unte                  | erschri | ift des Arztes  |  |  |
| Honorar/                       | Untersuchungsbericht: EUR 125,-  |             |           |             |                                 |         |   |  |  |
| Liquidation                    | Das Honorar bitte ich zu überweisen:   |             |           |             |                                 |         |   |  |  |

Kreditinstitut