

Kleiner Untersuchungsbefund

Die Untersuchung durch einen Verwandten, Ehegatten oder Verschwägerten ist unzulässig und kann nicht honoriert werden!

Dion Werber

über Herrn/Frau (bei Frauen auch Geburtsname angeben)

Vorname(n) geb. am

Anschrift

Beruf (genaue Angaben über die Beschäftigung)

I. Erklärung der zu versichernden Person vor dem Arzt

Jede Frage ist vom Arzt einzeln zu stellen und mit **ja** oder **nein**, bei **Notwendigkeit** auch **ergänzend zu beantworten**. **Zutreffendes ankreuzen.**

1. Sind bei Eltern oder Geschwistern Tuberkulose, Krebs, Herz- oder Gefäßerkrankungen, Zuckerkrankheit, Geistes- oder Nervenkrankheiten, Epilepsie oder Selbstmord vorgekommen? Welche? Bei wem? ja nein

2. **Leiden oder litten Sie an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:** (Zutreffendes in den Fragen a) bis p) in Spalte 3 erläutern!)
 - a) des **Herzens** oder der **Kreislauforgane**, z.B. Herzfehler, Herzschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzklopfen, **erhöhtem Blutdruck**, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie? ja nein
 - b) der **Atmungsorgane**, z. B. Lungenentzündung, Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fellentzündung, wiederholter oder längerdauernder Bronchitis, Asthma? ja nein
 - c) der **Verdauungsorgane**, z.B. Gastritis, Magen-Zwölffingerdarm-Geschwür, Magen-Darmblutungen, Dünn-Dickdarmkrankheiten, Gelbsucht, Leber-Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse? ja nein
 - d) der **Harn- oder Geschlechtsorgane**, z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Zystennieren, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse, der Hoden oder Nebenhoden, erschwertem oder schmerzhaftem Harnlassen, blutigem Harn, Eiweißausscheidung? ja nein
 - e) des **Gehirns** oder **Rückenmarks**, der **Nerven**, an Gemüts- oder Geistesstörungen, z.B. Epilepsie, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufigen Kopfschmerzen, Depressionen? ja nein
 - f) der **Augen**, z.B. Herabsetzung der Sehschärfe? Dioptrienzahl ± ja nein
 - g) der **Ohren**, z.B. Ohrenfluß, Schwerhörigkeit? ja nein
 - h) der **Haut**, der **Knochen** oder **Gelenke**? ja nein
 - i) des **Blutes** oder der **Blutgerinnung**, insbesondere Veränderungen des **roten oder weißen Blutbildes**? ja nein
 - Leiden oder litten Sie**
 - k) an **Zuckerkrankheit**, Störungen des Fettstoffwechsels (Cholesterin, Triglyceride), Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse od. anderen Erkrankungen d. Stoffwechsels od. endokrinen Systems? (Laborwerte der letzten 2 Jahre) ja nein
 - l) an **Tumoren** (gutartig?, bösartig?), **Lymphknotenschwellungen**, abnormalem **Gewichtsverlust**? ja nein
 - m) an **rheumatischen** Beschwerden? ja nein
 - n) an akuten oder chronischen **Infektionskrankheiten**, z.B. Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Tropenkrankheiten, Erkrankungen des **Immunsystems**? ja nein
 - o) an **sonstigen Krankheiten**, Gebrechen, körperlichen Fehlern od. Beschwerden, **nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist**? ja nein
 - p) bei **Frauen** außerdem: an Erkrankungen der Brüste oder der Unterleibsorgane? ja nein
Besteht Schwangerschaft? In welchem Monat? ja nein

3. **Erläuterungen zu Frage 2**

Art der Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden	Von wann bis wann?	Wie oft?	Behandelnde Ärzte oder Krankenhaus mit Anschrift

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

 4. a) Wurde in den letzten Jahren eine **Röntgen-, Computertomographie- oder Isotopenuntersuchung** durchgeführt? Wann? Ergebnis? ja nein
 - b) Wurde ein **Elektrokardiogramm** (eine Ergometrie) aufgenommen? (Bitte, falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht einsenden) Wann? Ergebnis? ja nein
 - c) Wurde bei Ihnen eine **HIV-Infektion** festgestellt (z.B. durch einen **AIDS-Test**)? ja nein

 5. a) Sind Sie in einem **Krankenhaus**, einer Heilstätte, einem Sanatorium untersucht oder behandelt worden? Weshalb? Wann? Wo? ja nein
 - b) Haben andere Ärzte - außer den bereits genannten - Sie innerhalb der letzten zehn Jahre untersucht, beraten oder behandelt? Weshalb? (Name, Anschrift) ja nein

 6. Welchen Arzt nehmen Sie für gewöhnlich in Anspruch? (**Hausarzt**, Anschrift)

7. a) Wie groß ist im Durchschnitt Ihr täglicher Verbrauch an Alkohol ?		Nikotin?	
b) Nahmen Sie regelmäßig Medikamente (insbesondere Herz-Gefäßmedikamente, blutzucker- oder blutdrucksenkende Mittel)? Welche? Dosis? Antidepressiva - Von wann bis wann?	ja	nein	Behandelnde Ärzte mit Anschrift
c) Nehmen Sie derzeit Medikamente? Welche? Dosis?	ja	nein	
d) Bestand od. besteht Medikamenten- bzw. Suchtmittelabusus?	ja	nein	
8. a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welcher Art?			
	ja	nein	
b) Haben Sie einen Selbstmordversuch unternommen?			
	ja	nein	
c) Sind Sie krankheitshalber vorzeitig im Ruhestand ? Bei „Ja“ Angabe der Gründe.			
	ja	nein	
9. a) Sind Sie operiert worden?			
	ja	nein	
b) Ist eine Operation vorgesehen?			
	ja	nein	
c) Sind Sie mit Röntgen-, Radium- Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden? Chemotherapie ?			
	ja	nein	
10. Bei Männern: sind Sie wehrdiensttauglich ? Bei „nein“ Angabe der Gründe			
	ja	nein	

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, daß die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und daß ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß vor dem Untersuchungsarzt beantwortet und nichts verschwiegen habe.

, den

19

Unterschrift der zu versichernden Person

II. Untersuchungsbefund

Identität festgestellt durch

persönlich bekannt

1. Körpermaße: Größe	cm;	Gewicht	kg	
2. Bestehen an folgenden Organen krankhafte Veränderungen oder Abweichungen ?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a) Herz und Kreislauforgane: Welche?				Blutdruck: syst. diast. mm Hg Pulszahl: in Ruhe
b) Lunge oder sonstige Atmungsorgane: Welche?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) Verdauungsorgane, Magen, Leber, Gallenblase, Pankreas: Welche?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) Harn- oder Geschlechtsorgane: Welche?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Harnuntersuchung: Eiweiß Zucker
e) Nervensystem, Knochengerüst, Ohren und Augen, Haut: Welche (Reflexe)?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. a) Wurden weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde erhoben (z.B. Allergien, Lymphknotenschwellungen, Störungen des endokrinen Systems, Blutkrankheiten, Erkrankungen des Immunsystems)? Welche?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Bei Frauen: Besteht Verdacht einer Erkrankung der weiblichen Organe? Welcher?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Bemerkungen:				

Der Untersuchungsbefund darf dem Untersuchten oder einer Mittelsperson **nur verschlossen** übergeben werden. Der Arzt kann der zu versichernden Person krankhafte Befunde mitteilen. **Es wird jedoch gebeten, nicht durch Mitteilungen über das Versicherungswagnis der Risikobeurteilung des Versicherungsunternehmens vorzugreifen; für die Risikobeurteilung sind noch andere Gesichtspunkte maßgebend.** Was haben Sie der untersuchten Person über den Befund mitgeteilt?

Das vertragliche Honorar für dieses Zeugnis ist zu überweisen:

- auf das Konto Nr. bei
- an die Anschrift

, den

19

Stempel und Unterschrift des Arztes