

Ausgehändigt von: \_\_\_\_\_ Antrags-/Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**Ärztliches Zeugnis:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Identifikation**

Die zu untersuchende Person ist mir bekannt  ja  nein

Falls nein: Identifikation durch:  Personalausweis: Nr.: \_\_\_\_\_

Reisepass: Nr.: \_\_\_\_\_

**Hinweise für den Arzt:**

Bitte nur die angekreuzten Untersuchungen durchführen.

Ärztliches Zeugnis, Urinuntersuchung, HIV-Test, HbA1c, Gesamtcholesterin, Gamma-GT

Kleines Blutbild, Thrombozyten, Kreatinin, HDL-Cholesterin, Triglyceride, SGPT, Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (siehe Seite 6 Ziff. 6)

ab 50 Jahren: Ergometrie mit adäquater Belastung, Bericht genügt

**Die Ergebnisse der Untersuchung sind vom Arzt im Formular „Ärztliches Zeugnis“ einzutragen. Bitte lassen Sie die Untersuchung vom Hausarzt, von einem praktischen Arzt (Allgemeinarzt) oder Internisten (Facharzt für Innere Medizin) in dessen Praxisräumen durchführen.**

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir Untersuchungen durch Fachärzte wie z.B. Augen-, Haut-, Nervenärzten, Gynäkologen, Orthopäden nicht anerkennen. Dies gilt auch für Untersuchungen durch verwandte oder verschwägerte Personen oder bei Ärzten innerhalb von Gemeinschaftspraxen.

**Das Honorar zahlt die / der zu Untersuchende.**

An den Kosten der Untersuchung beteiligen wir uns bei Zustandekommen eines Vertrags mit einem Zuschuss von 80,- EUR pro Vertrag. Dies ist unabhängig von der Anzahl der versicherten Personen. Voraussetzung ist, dass die Untersuchung erforderlich war und dass die Versicherungsdauer mindestens 5 Jahre beträgt. Den Betrag schreiben wir dem Beitagskonto gut.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen bezüglich gefahrerheblicher Umstände. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. In einigen Fragebereichen bieten wir zu Ihrer Erleichterung auch Antwortbeispiele für wichtige Angaben an. Diese sind nicht abschließend und ihre Reihenfolge beinhaltet keine Wertung.

**Sie sind verpflichtet, sämtliche in diesem Arztzeugnis gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer je nach Verschulden berechtigen, den Vertrag anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder – auch rückwirkend – anzupassen. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen. Wenn Sie ein Antragsformular für Deutschland verwenden, beachten Sie dazu bitte auch die gesonderte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 4 des Antrages.**

Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und mit **nein** oder **ja** zu beantworten. (**Das** bei den Einzelangaben **Zutreffende** bitte **unterstreichen** und rechts erläutern). **Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Rückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmehentscheidung!**

## Teil I - Fragen zur gemeinsamen Beantwortung für Arzt und Patient

wenn ja, welche,  
weshalb

wann, wie oft?  
wie lange?

Behandelnde Ärzte, Kran-  
kenhäuser (mit Anschrift)

1. **Bestanden** oder **bestehen** bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden

a) **des Nervensystems, Gehirns, Rückenmarks?** z. B. Seh-, Sprach- Gefühlsstörungen, Multiple Sklerose, Parkinson Gehirnentzündung, Schlaganfall, Gehirnblutung, Krampfanfälle, Epilepsie, Schwindel, Ohnmacht, Lähmung, Spannungskopfschmerzen oder Migräne  nein  ja ▶

b) im Rahmen von **gut- oder bösartigen Erkrankungen (Krebs, auch Frühstadien)?** z. B. Polypen, Adenome, Zysten, Hämangiom (Blutschwamm), Melanom, Basaliom (Hautkrebs), Darmkrebs, Muskel- oder Knochtumor (Sarkom), Lymphom, Gehirntumore, geschlechtsspezifische Tumore (Brust, Gebärmutter, Eierstock, Prostata, Hoden)  nein  ja ▶

c) **im Rahmen von Infektions- oder Autoimmunkrankheiten?** z. B. HIV, Malaria, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, Lupus erythematodes, Sklerodermie (Bindegewebsverhärtung), Rheuma, Polyarthritis  nein  ja ▶

d) **der Psyche?** z. B. Psychose, Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS, ADHS), posttraumatische Belastungsstörung, Angst- oder Zwangsstörung, Essstörung, Persönlichkeitsstörung, Burn-Out, Erschöpfung, psychosomatische oder somatoforme Störung  nein  ja ▶

2. **Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen?**  nein  ja ▶

3. Waren Sie **jemals** oder sind Sie derzeit **bei Psychologen oder Psychotherapeuten in Behandlung?**  nein  ja ▶

4. Wurde Ihnen **jemals** von ärztlicher Seite empfohlen, weniger **Alkohol** zu trinken bzw. das **Trinken von Alkohol** ganz aufzugeben oder wurden Sie wegen **Alkoholkonsums beraten oder behandelt?**  nein  ja ▶

5. Nahmen Sie **jemals** oder nehmen Sie **Drogen** (z. B. Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, Spice oder andere Modedrogen) oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt?  nein  ja ▶

6. Wurden Sie jemals oder werden Sie mit einer **Chemo- oder Strahlentherapie** behandelt?  nein  ja ▶

7. Fanden **jemals Operationen (auch ambulante)** statt oder sind diese vorgesehen / empfohlen?  nein  ja ▶

8. Sind Sie **jemals** in **Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Sanatorien** untersucht oder behandelt worden oder sind solche derzeit ärztlicherseits empfohlen?  nein  ja ▶

9. Haben Sie **jemals** aus **gesundheitlichen Gründen den Beruf oder den Arbeitsplatz gewechselt?**  nein  ja ▶

10. Beantragen, bezogen oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente oder Pension?  nein  ja ▶

Art der Rente, von wem erhalten Sie diese, Zeitraum oder seit wann?

11. Besteht ein **Grad der Behinderung (GdB)** oder eine **Erwerbsminderung (MdE)** oder eine **Wehrdienstbeschädigung (WDB)?**  nein  ja ▶  
Angabe des **Grades in %**, **Grund der Behinderung?**

12. **Bestanden in den letzten 10 Jahren oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden**

a) **des Herzens, des Kreislaufs oder der Gefäße?** z. B. Durchblutungsstörungen des Herzens, Herzmuskelverdickung, Herzinfarkt, Herz- oder Herzklappenfehler (auch angeborene), Rhythmusstörungen, Herzleistungsschwäche, Hypertonie (erhöhter Blutdruck), Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine, Thrombose, Embolie, Synkope (Ohnmacht)  nein  ja ▶

b) **der Wirbelsäule, des Rückens, des Nackens?** z. B. Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma, Wirbelgleiten, Scheuermann, Bechterew, Skoliose (Verkrümmung), Hexenschuss, Lumbalgie  nein  ja ▶

c) **der Knie-, Hüft-, Schulter-, Sprung- oder sonstiger Gelenke inkl. Sehnen, Knochen oder Muskulatur?** z. B. Meniskusverletzung, Fehlstellung, Arthrose (Gelenkabnutzung), Arthritis (Entzündung), Band-/ Sehnenverletzung, Luxation (Verrenkung), Karpaltunnelsyndrom, Epicondylitis (Tennisarm), Fibromyalgie, Osteoporose  nein  ja ▶

d) **des Blutes, der blutbildenden Organe, der Milz?** z. B. Anämie (Blutarmut), Thrombozytopenie (zu wenig Blutplättchen), Polyzythämie (zu viele rote Blutzellen), Leukämie (Blutkrebs), Gerinnungsstörung, Milzvergrößerung  nein  ja ▶

wenn ja, welche, wann, wie oft? Behandelnde Ärzte, Kran-  
weshalb wie lange? kenhäuser (mit Anschrift)

- e) der **Atemwege?** z. B. Asthma bronchiale, chronische oder obstruktive Bronchitis, Schlafapnoe, Emphysem, blutiger Auswurf  nein  ja ▶
- f) der **Haut, Allergien** oder **Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten?** z. B. Schuppenflechte, Ekzem, auffällige Muttermale, Neurodermitis, Urikaria (Nesselsucht, Quincke-Ödem), Heuschnupfen  nein  ja ▶
- g) der **Verdauungsorgane (Leber, Gallenblase- / wege, Magen, Darm)?** z. B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallenstein, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenentzündung, Gastritis, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Nabel- oder Leistenbruch  nein  ja ▶
- h) der **Harnorgane?** z. B. Nieren-, Blasenentzündung, Hamnröhrenverengung, Nieren- oder Hamsteinleiden, Auffälligkeiten im Urin (Eiweiß, Blut, Zucker), eingeschränkte Nierenfunktion  nein  ja ▶
13. Haben Sie in den **letzten 10 Jahren Unfälle, Verbrennungen oder Vergiftungen** erlitten? z. B. Schädel-Hirn-Trauma, Frakturen oder Verbrennungen mit Einschränkungen der Beweglichkeit oder Mobilität, Vergiftungen mit bleibenden Organschäden  nein  ja ▶
14. Wurden bei Ihnen in den **letzten 10 Jahren diagnostische Untersuchungen, z. B.: Röntgen, Ultraschall, Magnetresonanz (MR), Computertomographie (CT), Kernspin, EKG, Echo, Doppler, Szintigraphie** durchgeführt?  nein  ja ▶
15. Nahmen Sie in den **letzten 10 Jahren** oder nehmen Sie **regelmäßig** oder zusammenhängend über mehr als 4 Wochen Medikamente ein?  nein  ja ▶
16. **Bestanden in den letzten 5 Jahren** oder bestehen bei Ihnen **Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden**
- a) der **Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Eierstöcke, Brust, Prostata, Hoden)?** z. B. auffälliger PAP (Abstrich), Ovarialcysten, Endometriose, Knoten in der Brust, Prostatavergrößerung, erhöhter PSA-Wert  nein  ja ▶
- b) des **Stoffwechsels, des Hormonhaushaltes?** z. B. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyceride), Funktionsstörung der Schilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse (Hirnanhangdrüse), Gicht  nein  ja ▶
- c) der **Augen?** z. B. grüner Star (erhöhter Augendruck), grauer Star, Fehlsichtigkeit (Hyperopie / Weitsichtigkeit, Myopie / Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Farbfehlsichtigkeit), refraktive Chirurgie (LASIK), Netzhautablösung / -erkrankung, Gesichtsfeldeinschränkung  nein  ja ▶
- d) des **Halses, der Nase, der Ohren?** z. B. Schwerhörigkeit, Ohrgeräusche (Tinnitus), Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, chronische Nasennebenhöhlenentzündung, chronische Heiserkeit  nein  ja ▶
17. Waren Sie in den **letzten 3 Jahren** länger als 14 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig?  nein  ja ▶
18. Bestehen oder bestanden bei Ihnen innerhalb der **letzten 3 Jahre wiederkehrende oder chronische psychische Erkrankungen oder Beschwerden?** z. B. Schlafstörungen, Angst-, Überlastungs-, Überforderungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebsschwäche  nein  ja ▶
19. Waren Sie innerhalb der **letzten 3 Jahre** oder sind Sie **derzeit bei Heilpraktikern, Krankengymnasten / Physiotherapeuten** – außer den in den bisherigen Fragen bereits Genannten - zur Untersuchung, Beratung, Behandlung?  nein  ja ▶
20. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** Zigaretten, Zigarre, Pfeife, elektronische Rauchhilfen (z. B. E-Zigarette / Pfeife) konsumiert? Hierzu zählt ebenso Gelegenheitsrauchen (unter Gelegenheitsrauchen ist auch sporadisches, anlassbezogenes Rauchen zu verstehen).  nein  ja ▶  Zigaretten  Zigarren  Sonstiges, was?
21. Ist Ihnen bekannt, ob bei Ihren **leiblichen Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Kindern** Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Parkinson-Krankheit, Zystennieren, Demenz, Multiple Sklerose, angeborene Fehlbildungen oder sonstige Erkrankungen (z. B. neurologische) aufgetreten sind? (KEINE Nennung der Person und des Verwandtschaftsverhältnisses wegen Datenschutz)  nein  ja ▶
22. Welchen **Arzt** haben Sie **zuletzt aufgesucht?** Datum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Grund: \_\_\_\_\_  
Befund: \_\_\_\_\_
23. Welchen **Arzt** suchen Sie **gewöhnlich auf** (Hausarzt/Internist)? (Sofern nicht der unterzeichnende Arzt) \_\_\_\_\_

Untersuchung: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_  
Grund: \_\_\_\_\_  
Befund: \_\_\_\_\_

Dioptrienzahl? rechts: \_\_\_\_\_ links: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

X

Unterschrift der zu versichernden Person

X

Stempel und Unterschrift des Arztes

## Fragebogen prädiktive-genetische Beratungen oder Testuntersuchungen

Nur bei einer beantragten **Versicherungssumme über 300.000 EUR** oder einer **Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsjahresrente über 30.000 EUR** zu beantworten!

Erfolgt prädiktive-genetische Beratungen oder Testuntersuchungen?

nein

ja

Erläuterung:

Ein prädiktiver Gentest ist eine genetische Untersuchung mit dem Ziel der Abklärung einer erst zukünftig auftretenden Erkrankung oder gesundheitlichen Störung.

Ferner kann der prädiktive Gentest auch (z.B. bei Kinderwunsch) mit dem Ziel der Abklärung für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen bei Nachkommen durchgeführt werden (§ 3 Nr. 8 GenDG).

Falls ja, wann und mit welchem Befund? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Falls ja, bitte Angabe des Arztes / des durchführenden Institutes / der Klinik (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Die Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben in diesem Fragebogen und den genannten Zusatzblatt / -blättern.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person

## Teil II - Untersuchungsbefund - Fragen an den Arzt

1. Haben Sie die zu versichernde Person in den letzten 10 Jahren **bereits ärztlich**  nein  ja ►  
**untersucht, beraten oder behandelt?**

**Falls ja, wann und weshalb? Welche Befunde wurden erhoben?** \_\_\_\_\_  
 (Bitte ggf. Facharztbefunde beilegen.) \_\_\_\_\_

2. **Welche weiteren auffälligen Befunde haben Sie während der körperlichen Untersuchung bei der zu versichernden Person festgestellt?** wenn ja, welche, weshalb wann, wie oft? wie lange? Behandelnde Ärzte, Krankenhäuser (mit Anschrift)

a) **Herz-Kreislauf:**  nein  ja ►  
 z.B. Herzinsuffizienzzeichen, Zyanosen, Lymphknoten, Varizen, Herzrhythmusstörungen, Durchblutungsstörungen

b) **Atmungsorgane:**  nein  ja ►  
 z.B. Auskultationsbefund-, Perkussionsbefunde?

c) **Verdauungsorgane:**  nein  ja ►  
 z.B. Palpationsbefunde, Leber- und Milzgröße, Hernie?

d) **Harn- und Geschlechtsorgane:**  nein  ja ►  
 z.B. Klopfschmerzhaftigkeit der Nierenlager?

e) **Haut- und Schleimhäute:**  nein  ja ►  
 z.B. ausgedehnte Narben, Ikterus, Tumore, Pigmentanomalien, Einstichstellen?

f) **Sinnesorgane:**  nein  ja ►  
 z.B. herabgesetzte Sehkraft, Hörvermögen, Nystagmus, Pupillen?

g) **Nervensystem:**  nein  ja ►  
 z.B. Reflexanomalien, Lähmungen, Spastik, Ganganomalien, Parästhesien, Hirnnerven?

h) **Bewegungsapparat:**  nein  ja ►  
 z.B. Fehlstellungen, eingeschränkte Gelenkbewegungen, Arthritis, Skoliose, Prothesen, Orthesen?

i) **Sonstiges:**  nein  ja ►  
 z.B. Auffälligkeiten in der Sprache, Verhalten, Psyche?  
**Falls ja, welche und wie werden diese behandelt?**

3. **Körperbau (bitte nur heute in der Praxis gemessene Werte eintragen)**

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg Bauchumfang \_\_\_\_\_ cm

4. **Herzauskultation und Blutdruckmessung**

a) Auskultation der Herztöne: Pathologische Herzgeräusche / -töne?  nein  ja

**Falls ja, bitte kurze Beschreibung.**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

b) Halten Sie zur Abklärung dieses Befundes eine Echokardiographie für erforderlich?  nein  ja

c) Blutdruck und Pulsfrequenz:  
 Bei Erhöhung von Puls oder Blutdruck bitte Messung am Ende der Untersuchung.

1. Messung	_____ / _____ (syst/diast)	_____ Puls	_____ davon Extraschläge je Minute
ggf.			
2. Messung	_____ / _____ (syst/diast)	_____ Puls	_____ davon Extraschläge je Minute

d) Wurden die Werte unter Einnahme blutdruckregulierender Medikamente gemessen?  
**Falls ja, welche Medikamente?**  
 \_\_\_\_\_

e) Welche Blutdruckwerte wurden früher gemessen (max. 10 Jahre zurück)? \_\_\_\_\_ (Datum) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (syst/diast)  
 \_\_\_\_\_ (Datum) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (syst/diast)

5. **Labor**

a) **Urinuntersuchung** \_\_\_\_\_ (Datum) Ergebnis des Streifen-tests  positiv  negativ  
 bei positiv - (Spur + ++ +++)  
 Eiweiß  Glucose  Blut  Leuko

Bei pathologischem Befund: **Welche Diagnose stellen Sie?** \_\_\_\_\_

b) **Blutuntersuchung** \_\_\_\_\_ (Datum der Blutabnahme)

HIV-Test       negativ       positiv  
Gem. Wert      Norm-Wert

HbA1c      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

Gesamtcholesterin      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

Gamma-GT      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

6. **Laborbefunde**      Nur dann erforderlich, wenn auf der Vorderseite angekreuzt. **Falls maschinelle Ausdrücke der folgenden Laborwerte gefertigt und beigefügt werden, erübrigt sich die manuelle Niederschrift. Bitte achten Sie auf Vollständigkeit.**

<b>kleines Blutbild</b>	Gem. Wert	Norm-Wert		Gem. Wert	Norm-Wert
Erythrozyten	_____	_____	Kreatinin	_____	_____
Hämoglobin (Hb)	_____	_____	HDL-Cholesterin	_____	_____
Hämatokrit (Hkt)	_____	_____	Triglyceride	_____	_____
MCH	_____	_____	SGPT	_____	_____
MCHC	_____	_____	BKS bzw. CRP	_____	_____
MCV	_____	_____			
Leukozyten	_____	_____			
Thrombozyten	_____	_____			

Bei pathologischem Befund: **Welche Diagnose stellen Sie?** \_\_\_\_\_

7. Sie können dem Untersuchten die krankhaften Befunde mitteilen.  
**Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?** \_\_\_\_\_

Für die Risikobeurteilung sind auch andere Gesichtspunkte als Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb bitten wir Sie, dem Untersuchten wohl **krankhafte Befunde** mitzuteilen, aber kein Urteil über die Versicherungsfähigkeit abzugeben.

Welche Risikofaktoren bestehen aus Ihrer Sicht? \_\_\_\_\_

Der Bericht darf dem Untersuchten oder einer anderen Mittelsperson zur Weiterleitung an den Versicherer **nur verschlossen** übergeben werden.

1. Zu welcher Tageszeit hat die Untersuchung stattgefunden? \_\_\_\_\_ (Uhrzeit)
2. Wo (Praxis)?

**Sind Sie damit einverstanden, dass wir - auf Anfrage der versicherten Person (=Patient/in) - dieser über den Inhalt dieses Fragebogens Auskünfte erteilen?**

ja       nein

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

**X**  
\_\_\_\_\_  
**Stempel und Unterschrift des Arztes**