

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.: _____

Führerschein: Nr.: _____

Für Anträge unter den Untersuchungsgrenzen der Dialog Lebensversicherungs-AG ist dieses Formular nur dann zu verwenden, wenn es ausdrücklich angefordert wurde.

Hinweise für den Arzt:

Jede der nachstehenden Fragen bitte einzeln stellen. Das in der Beantwortung Zutreffende ankreuzen und bei „ja“ immer nachfolgend erläutern. Durch sorgfältige Beantwortung vermeiden Sie zeitraubende Rückfragen.

Der Rückfragezeitraum zu Erkrankungen und Beschwerden des Patienten bezieht sich auf die letzten 10 Jahre.

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 verschwägte Personen oder bei Ärzten innerhalb von Gemeinschaftspraxen.

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 Versicherten 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, Krankenhäuser (mit Anschrift) |
|--|---|---------------------------|--|
| 1. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden | | | |
| a) des Herzens? z.B. Durchblutungsstörungen des Herzens, Herzmuskelverdickung, Herzinfarkt, Herz- oder Herzklappenfehler, Rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| b) des Nervensystems, Gehirns, Rückenmarks? z.B. Multiple Sklerose, Parkinson, Gehirnentzündung, Schlaganfall, Gehirnblutung, Epilepsie, Schwindel, Lähmung, Migräne | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| c) der Wirbelsäule, des Rückens, des Nackens? z.B. Bandscheibenvorfall, Wirbelgleiten, Scheuermann, Bechterew, Skoliose (Verkrümmung), | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| d) der Knie-, Hüft-, Schulter-, Sprung- oder sonstiger Gelenke inkl. Sehnen, Knochen oder Muskulatur? z.B. Meniskusverletzung, Band-/ Sehnenverletzung, Verrenkung, Karpaltunnelsyndrom, Osteoporose | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| e) des Blutes, der blutbildenden Organe, der Milz? z.B. Blutarmut, Leukämie, Gerinnungsstörung, Milzvergrößerung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| f) im Rahmen von gut- oder bösartigen Erkrankungen? z.B. Melanom, Lymphom, Tumor | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| g) im Rahmen von Infektions- oder Autoimmunkrankheiten? z.B. HIV, Geschlechtskrankheiten, Tbc, Borreliose, Lupus erythematodes, Rheuma, Polyarthritis | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| h) der Psyche? z.B. Psychose, Depression, ADS, ADHS, posttraumatische Belastungsstörung, Angst- oder Zwangsstörung, Essstörung, Burn-Out, Selbstmordversuch | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| Waren Sie jemals oder sind Sie derzeit bei Psychologen oder Psychotherapeuten in Behandlung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| 2. Haben Sie jemals Unfälle, Verbrennungen oder Vergiftungen erlitten? z.B. Schädel-Hirn-Trauma, Frakturen oder Verbrennungen, Vergiftungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| 3. 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 ? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| 4. Nahmen Sie jemals oder nehmen Sie Drogen (z.B. Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, Spice oder andere Modedrogen) oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt ? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| 5. Sind Sie jemals in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Sanatorien untersucht, behandelt oder operiert worden oder wurden Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen ärztlicherseits empfohlen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| 6. Bestanden in den letzten 10 Jahren oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden | | | |
| a) des Kreislaufs oder der Gefäße? z.B. Hypertonie (erhöhter Blutdruck), Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine, Thrombose, Embolie, Synkope (Ohnmacht) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| b) der Atemwege? z.B. Asthma bronchiale, chronische oder obstruktive Bronchitis, Schlafapnoe, Emphysem, blutiger Auswurf | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| c) der Haut, Allergien oder Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten? z.B. Schuppenflechte, auffällige Muttermale, Neurodermitis, Urikaria, Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |

wenn ja, welche,
weshalb

wann, wie oft?
wie lange?

Behandelnde Ärzte, Kran-
kenhäuser (mit Anschrift)

d) der **Verdauungsorgane (Leber, Gallenblase- / wege, Magen, Darm)?** z.B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallenstein, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenentzündung, Gastritis, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa nein ja ▶

e) der **Harnorgane?** z.B. Nieren-, Blasenentzündung, Harnröhrenverengung, Nieren- oder Harnsteinleiden, Auffälligkeiten im Urin, eingeschränkte Nierenfunktion nein ja ▶

f) der **Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Eierstöcke, Brust, Prostata, Hoden)?** z.B. auffälliger PAP (Abstrich), Ovarialcysten, Endometriose, Knoten in der Brust, Prostatavergrößerung, erhöhter PSA-Wert nein ja ▶

g) des **Stoffwechsels, des Hormonhaushaltes?** z.B. Diabetes, erhöhte Blutfettwerte, Funktionsstörung der Nebennieren, der Hypophyse (Hirnanhangdrüse) nein ja ▶

h) der **Augen?** z.B. grüner Star, grauer Star, Netzhautablösung / -erkrankung, Gesichtsfeldeinschränkung, Fehlsichtigkeit, LASIK nein ja ▶ Dioptrienzahl? rechts: _____ links: _____

i) des **Halses, der Nase, der Ohren?** z.B. Schwerhörigkeit, Ohrgeräusche (Tinnitus), Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, chronische Nasennebenhöhlenentzündung nein ja ▶

7. Wurden bei Ihnen in den **letzten 10 Jahren diagnostische Untersuchungen, z. B.:** Röntgen, Ultraschall, Magnetresonananz (MR), Computertomographie (CT), Kernspin, EKG, Echo, Doppler, Szintigraphie durchgeführt? nein ja ▶

8. Nahmen Sie in den **letzten 10 Jahren oder nehmen Sie regelmäßig** oder zusammenhängend über mehr als 4 Wochen Medikamente ein? nein ja ▶

9. Waren Sie in den **letzten 3 Jahren** länger als 14 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig? nein ja ▶

10. 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 ▶

11. 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 ▶

12. 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?
 wieviel täglich? _____

13. Welchen **Arzt** haben Sie **zuletzt aufgesucht?** (Name, Fachrichtung, Diagnose, Datum) _____

14. Welchen **Arzt** suchen Sie **gewöhnlich auf** (Hausarzt, Internist)? _____

Ort, Datum

X
Unterschrift der zu versichernden Person

X
Stempel und Unterschrift des Arztes

Teil II - Untersuchungsbefund - Fragen an den Arzt

1. 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: z.B. Herzinsuffizienzzeichen, Lymphknoten, Varizen, Rhythmusstörungen, Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| b) Atmungsorgane: z.B. Auskultationsbefund-, Perkussionsbefunde? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| c) Verdauungsorgane: z.B. Palpationsbefunde, Leber- und Milzgröße, Hernie? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| d) Harn- und Geschlechtsorgane: z.B. Klopfschmerzhaftigkeit der Nierenlager? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| e) Haut- und Schleimhäute: z.B. ausgedehnte Narben, Ikterus, Tumore, Pigmentanomalien, Einstichstellen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| f) Sinnesorgane: z.B. herabgesetzte Sehkraft, Hörvermögen, Nystagmus, Pupillen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| g) Nervensystem: z.B. Reflexanomalien, Lähmungen, Spastik, Ganganomalien, Parästhesien, Hirnnerven? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| h) Bewegungsapparat: z.B. Fehlstellungen, Bewegungseinschränkungen, Arthritis, Skoliose, Prothesen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |
| i) Sonstiges: z.B. Auffälligkeiten in der Sprache, Verhalten, Psyche? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ | | |

Falls ja, welche und wie werden diese behandelt? _____

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

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

3. Blutdruckmessung

a) Blutdruck und Pulsfrequenz: _____ / _____ (syst/diast) _____ Puls _____ davon Extraschläge je Minute

Wurden die Werte unter Einnahme blutdruckregulierender Medikamente gemessen? Falls ja, welche Medikamente?

4. Urinuntersuchung _____ (Datum) Ergebnis des Streifentests positiv negativ

bei positiv - (Spur + ++ +++)

Eiweiß Glucose Blut Leuko Bilirubin
 Urobilinogen Hämoglobin Keton Sonstiges _____

Bei pathologischem Befund: Welche Diagnose stellen Sie? _____

5. 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 einer Mittelsperson zur Weiterleitung an den Versicherer **nur verschlossen** übergeben werden.

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