



## Kleines ärztliches Zeugnis

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. Angaben, die Sie nicht dem Versicherungsvermittler gegenüber machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar an die Dialog Lebensversicherungs-AG schriftlich nachzuholen. Bitte denken Sie daran: möglichst genaue und vollständige Antworten ersparen ggf. weitere Rückfragen und können somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung führen.

**Sie sind verpflichtet, sämtliche in dieser Zusatzklärung 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 im Antrag.**

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 Annahmeentscheidung!**

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

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

d) der **Verdauungsorgane (Leber, Gallenblase- / wege, Magen, Darm)?** z.B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallenstein, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrentzündung, 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 ▶

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, Magnetresonanz (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).  Zigaretten  Zigarren  Sonstiges, was?  nein  ja ▶ Wieviel täglich? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
**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
- b) **Atmungsorgane:** z.B. Auskultations-, Perkussionsbefunde?
- c) **Verdauungsorgane:** z.B. Palpationsbefunde, Leber- und Milzgröße, Hernie?
- d) **Harn- und Geschlechtsorgane:** z.B. Klopfschmerzhaftigkeit der Nierenlager?
- e) **Haut- und Schleimhäute:** z.B. ausgedehnte Narben, Ikterus, Tumore, Pigmentanomalien, Einstichstellen?
- f) **Sinnesorgane:** z.B. herabgesetzte Sehkraft, Hörvermögen, Nystagmus, Pupillen?
- g) **Nervensystem:** z.B. Relexanomalien, Lähmungen, Spastik, Ganganomalien, Parästhesien, Hirnnerven?
- g) **Bewegungsapparat:** z.B. Fehlstellungen, Bewegungseinschränkungen, Arthritis, Skoliose, Prothesen?
- i) **Sonstiges:** z.B. Auffälligkeiten in der Sprache, Verhalten, Psyche?

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**

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**

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