

Bitte füllen Sie das Formular sorgfältig mit blauem oder schwarzem Kugelschreiber in Großbuchstaben aus. Zutreffendes ankreuzen.

# ÄRZTLICHES ZEUGNIS



Das Honorar zahlt die/der zu Untersuchende.

Wir erstatten es dem/der Versicherungsnehmer/in bis zum Betrage von 75 EUR bei Inkrafttreten der Versicherung.

## ZU VERSICHERNDE PERSON

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Berufstätigkeit \_\_\_\_\_

## I. ERKLÄRUNG VOR DEM ARZT

Jede Frage ist vom Arzt einzeln zu stellen und mit ja oder nein zu beantworten. Bezugnahmen auf frühere Angaben genügen nicht. Wenn der Raum für die Beantwortung nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei und verweisen an dieser Stelle darauf.

1. Sind bei Ihren Eltern oder Geschwistern Tuberkulose, Herz- oder Kreislauferkrankungen, Zuckerkrankheit, Krebserkrankungen oder Gemütskrankheiten vorgekommen?  Nein  Ja Welche? \_\_\_\_\_  
 Bei wem? \_\_\_\_\_

2. Sind Sie in Ihrer Berufstätigkeit oder beim Sport besonderen Gefahren ausgesetzt?  Nein  Ja Welchen? \_\_\_\_\_

3. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden: (Zutreffendes ist in den Fragen a bis p zu unterstreichen und unter Punkt 4 zu erläutern.)

- |  |  |
|--|--|
| <p>a) des <b>Herzens oder der Kreislauforgane</b>, z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>b) der <b>Atmungsorgane</b>, z. B. Tuberkulose, Rippen- (Brust-)fellentzündung, wiederholte oder längerdauernde Bronchitis, Asthma? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>c) der <b>Haut, Allergien</b>, z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>d) der <b>Verdauungsorgane</b>, z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Lebervererhörungen, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>e) der <b>Harn- oder Geschlechtsorgane</b>, z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, Schmerzen in der Nierengegend, blutiger Harn, Eiweißausscheidung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>f) des <b>Gehirns oder Rückenmarks</b>, der <b>Nerven</b>, der <b>Psyche</b>, <b>Gemüts- oder Geistesstörungen</b>, z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen, Depressionen, Angst? Erfolgte psychotherapeutische Behandlung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> | <p>g) der <b>Augen</b>, z. B. Herabsetzung der Sehfähigkeit? Dioptriengahl? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>h) der <b>Ohren</b>, z. B. Tinnitus, Ohrenfluss, Schwerhörigkeit? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>i) der <b>Knochen, Wirbelsäule oder Gelenke</b>? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>j) der <b>Drüsen</b>, der <b>Milz</b>, des <b>Blutes</b>? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>k) <b>Stoffwechselerkrankungen</b>, Zuckerkrankheit, -ausscheidung, Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Gicht, Fettstoffwechselstörung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>l) <b>Geschwülste</b> (Tumore)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>m) <b>Rheumatismus</b>, Gelenk-, Muskelrheumatismus? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>n) akute oder chronische <b>Infektionskrankheiten</b>, z. B. Tuberkulose, Syphilis, Tropenkrankheiten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>o) <b>sonst. Krankheiten</b>, Gebrechen, körperl. Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><b>Bei Frauen außerdem:</b> Erkrankungen der weiblichen Organe? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>p) Besteht eine Schwangerschaft? In welchem Monat? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____</p> |
|--|--|

## 4. Erläuterungen zu Frage 3

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

700.0040.01 Stand 10.2018 Druck 10.2018

Wann? Weshalb? Behandelnde Ärzte mit Anschrift

- 5. a) Nahmen oder nehmen Sie Drogen oder Medikamente?  Nein  Ja  
Welche? \_\_\_\_\_
- b) Wurden oder werden Sie wegen Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt?  Nein  Ja
- c) Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt? Wann?  Nein  Ja  
Ergebnis \_\_\_\_\_
- d) Sind Sie mit Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln, Antirheumatika, Immunsuppressiva, Antiepileptika behandelt worden, oder wurde eine Schockbehandlung durchgeführt?  Nein  Ja
- e) Wie viele Zigaretten durchschnittlich pro Tag rauchen/rauchten Sie in den letzten 5 Jahren?  Stück

Wann? Weshalb? Behandelnde Ärzte mit Anschrift

- 6. a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?  Nein  Ja  
Welcher Art? \_\_\_\_\_
- b) Bezogen, beziehen oder beantrag(t)en Sie Rente? Wenn ja, wegen welcher Erkrankungen? Bitte unbedingt Rentenbescheid, aus dem das Rentenleiden hervorgeht, zur Einsichtnahme einsenden.  Nein  Ja
- c) Sind Sie krankheitshalber vorzeitig in den Ruhestand versetzt?  Nein  Ja
- d) Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?  Nein  Ja
- 7. a) Sind Sie operiert worden?  Nein  Ja
- b) Ist eine Operation vorgesehen?  Nein  Ja
- c) Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonst. Strahlen behandelt worden?  Nein  Ja
- 8. a) Wurden Sie mit Röntgen (außer Röntgen-Reihenuntersuchung) oder Isotopen untersucht?  Nein  Ja  
Ergebnis \_\_\_\_\_
- b) Wurde ein Elektrokardiogramm aufgenommen?  Nein  Ja  
(Bitte, falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht einsenden.)  
Ergebnis \_\_\_\_\_
- 9. Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen?  Nein  Ja  
Welche? \_\_\_\_\_
- 10. a) Sind Sie in den letzten 5 Jahren noch von anderen Ärzten und Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt worden?  Nein  Ja
- b) Sind Sie in einem Krankenhaus, einer Heilstätte, einem Sanatorium, einer Kuranstalt, einer Lungenfürsorgestelle oder einem Versorgungsamt untersucht oder behandelt worden?  Nein  Ja
- c) Stehen noch Untersuchungen an, die angeraten, aber bislang noch nicht durchgeführt wurden?  Nein  Ja
- 11. Haben Sie einen Arzt/Heilpraktiker, der über Ihren Gesundheitszustand am besten Auskunft geben kann? Wann und weshalb haben Sie diesen Arzt zu Rate gezogen?  Nein  Ja

**UNTERSCHRIFT**

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

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

## II. UNTERSUCHUNGSBEFUND

1. Haben Sie die zu untersuchende Person bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt?  Nein  Ja

Wann und weswegen? (sofern Laborwerte, EKG und Befunde vorliegen, bitte mit einsenden)


2. Gewicht ohne Kleidung  kg      Umfang der Hüfte  cm  
 Größe ohne Schuhe  cm      Umfang des Bauches  cm

### Raum für Befunde und Mitteilungen

3. Macht die zu untersuchende Person einen altersentsprechenden, gesunden und frischen Eindruck?  Nein  Ja

4. Sind **Skelett und Bewegungsapparat** gesund?  Nein  Ja  
 Wenn nein, welches Leiden liegt vor?

5. Sind **Haut und Schleimhäute** gesund?  Nein  Ja  
 Wenn nein, welches Leiden liegt vor?

6. Sind **die Sinnesorgane** gesund?  Nein  Ja  
 Wenn nein, welches Leiden liegt vor?

7. Sind **Nervensystem und Psyche** gesund, insbesondere verhalten sich die Reflexe (Pupillenreaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen und Bauchdeckenreflexe, Romberg) normal?  Nein  Ja  
 Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?

8. Ist das **Hormonsystem** – insbesondere die Schilddrüse – gesund?  Nein  Ja  
 Wenn nein, welches Leiden liegt vor?

9. **Herz und Kreislauf**  
 a) Ist das Herz vergrößert? (Ausmaß)  Nein  Ja

b) Ist das Herz verlagert?  Nein  Ja

c) pathologische Herztöne?  Nein  Ja

d) Bestehen Geräusche?  Nein  Ja  
 Welche? Wo?

e) Sind die Geräusche organisch?  Nein  Ja

f) Blutdruck und Pulsfrequenz:

Pulsschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg.	
	systol.	diastol.
in Ruhe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontrollergebnis	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bei Ruhewerten über 145/95 mm Hg. bitte  
 Kontrolle nach Abschluss der Untersuchung

g) Bestehen Pulsunregelmäßigkeiten?  Nein  Ja  
 Wenn ja, welcher Art?  
 Bei Extrasystolen: Wie viele in der Minute?

h) Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen?  Nein  Ja  
 (Atemnot, Cyanose, Ödeme)

i) Sind Krampfadern vorhanden?  Nein  Ja  
 (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)

an den Oberschenkeln?  Nein  Ja

k) Können Sie noch zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen?  Nein  Ja  
 Welche Erkrankung liegt vor?


### 10. Atmungsorgane

a) Besteht Heiserkeit? Husten? Seit wann? Ursache?

Nein  Ja

b) Form und Wölbung des Brustkorbs?

Ergebnis

c) Perkussion und Auskultation

Ergebnis

d) Besteht eine Erkrankung der Atmungsorgane?

Nein  Ja

Welche?

### 11. Verdauungsorgane

a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Rachen?

Nein  Ja

b) Besteht eine Erkrankung der Verdauungsorgane?

Nein  Ja

Welche?

### 12. Harn- und Geschlechtsorgane

a) Harnuntersuchung mittels großem Urinestreifen (Combur 12, Stix o. ä.)  
Zeigt der Befund Auffälligkeiten?

Nein  Ja

Wenn ja, welche pathologischen Ergebnisse wurden festgestellt?

Ergebnis

b) Besteht eine Erkrankung der Harn- und Geschlechtsorgane?

Nein  Ja

Welche?

c) **Bei Frauen:**

Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der weiblichen Organe?

Nein  Ja

### 13. Sonstiges

Wurden weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde erhoben  
(z. B. Drüenschwellungen oder Störungen des endokrinen Systems, Blutkrankheiten)?

Nein  Ja

Welche?

### Raum für Befunde und Mitteilungen

### Bemerkungen

Der Arzt kann der/dem Untersuchten krankhafte Befunde mitteilen. Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?

Für die Risikobeurteilung sind auch noch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb ist es nicht gestattet, durch Mitteilungen über das Versicherungswagnis der Risikobeurteilung des Versicherungsunternehmens vorzugreifen.

Das Honorar hat die/der Untersuchte entrichtet.

### UNTERSCHRIFT

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Der Arzt wird gebeten, dieses Zeugnis abzusenden an: **Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover**