

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

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.)

- a) des **Herzens oder der Kreislauforgane**, z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie? Nein Ja
 - b) der **Atmungsorgane**, z. B. Tuberkulose, Rippen- (Brust-)fellentzündung, wiederholte oder längerdauernde Bronchitis, Asthma, Covid-19? Nein Ja
 - c) der **Haut, Allergien**, z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis? Nein Ja
 - d) der **Verdauungsorgane**, z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Lebervererhöhungen, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse? Nein Ja
 - e) der **Harn- oder Geschlechtsorgane**, z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, Schmerzen in der Nierengegend, blutiger Harn, Eweißausscheidung? Nein Ja
 - f) des **Gehirns oder Rückenmarks**, der **Nerven**, der **Psyche**, **Gemüts- oder Geistesstörungen**, z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen, Depressionen, Angst? Erfolgte psychotherapeutische Behandlung? Nein Ja
 - g) der **Augen**, z. B. Herabsetzung der Sehfähigkeit? Dioptriengahl? Nein Ja
 - h) der **Ohren**, z. B. Tinnitus, Ohrenfluss, Schwerhörigkeit? Nein Ja
 - i) der **Knochen, Wirbelsäule oder Gelenke**? Nein Ja
 - j) der **Drüsen**, der **Milz**, des **Blutes**? Nein Ja
 - k) **Stoffwechselerkrankungen**, Zuckerkrankheit, -ausscheidung, Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Gicht, Fettstoffwechselstörung? Nein Ja
 - l) **Geschwülste** (Tumore)? Nein Ja
 - m) **Rheumatismus**, Gelenk-, Muskelrheumatismus? Nein Ja
 - n) akute oder chronische **Infektionskrankheiten**, z. B. Tuberkulose, Syphilis, Tropenkrankheiten? Nein Ja
 - o) **sonst. Krankheiten**, Gebrechen, körperl. Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? Nein Ja
- Bei Frauen außerdem:** Erkrankungen der weiblichen Organe? Nein Ja
- p) Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja
 In welchem Monat?

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 07.2021 Druck 07.2021

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? Welcher Art? Nein Ja
- b) Bezogen, beziehen oder beantrag(ten) 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? (Bitte, falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht einsenden.) Nein Ja
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

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) Hamuntersuchung mittels großem Urinteststreifen (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 Nein Ja

(z. B. Drüsenschwellungen oder Störungen des endokrinen Systems, Blutkrankheiten)? Welche?

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

Blank space for location and date

Ort, Datum

Blank space for stamp and signature

Stempel und Unterschrift des Arztes

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