Hannoversche Lebensversicherung AG
VHV-Platz 1 / 30177 Hannover
service@hannoversche.de / www.hannoversche.de

Kundenberatung Vertrag:
T 0511.9565-0
F 0511.9565-666

// HANNOVERSCHE

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.)

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, Leberwerterhöhungen, 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, Eiweißausscheidung? ☐ 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? Dioptrienzahl? ☐ 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 09.2022

			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(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-Reihenunter-suchung) 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

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			
Kontrollergebnis			

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 an den Oberschenkeln? ☐ Nein ☐ Ja
(Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)

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

Raum für Befunde und Mitteilungen

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 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

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

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