

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 | <input type="checkbox"/> Frau | <input type="checkbox"/> 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, 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? 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? In welchem Monat?

4. Erläuterungen zu Frage 3

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

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

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 Größe ohne Schuhe cm

Blutdruck systolisch mm Hg diastolisch mm Hg

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, bitte Diagnosen und patholog. Befunde mitteilen:

5. Sind **Haut und Schleimhäute** gesund? Nein Ja
Wenn nein, bitte Diagnosen und patholog. Befunde mitteilen:

6. Sind die **Sinnesorgane** gesund? Nein Ja
Wenn nein, bitte Diagnosen und patholog. Befunde mitteilen:

7. Sind **Nervensystem und Psyche** gesund, insbesondere verhalten sich die Reflexe (Pupillenreaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen und Bauchdeckenreflexe, Romberg) normal? Nein Ja
Wenn nein, bitte Diagnosen und patholog. Befunde mitteilen

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

9. Sind **Herz und Kreislauf** gesund? Nein Ja
Wenn nein, bitte Diagnosen und patholog. Befunde mitteilen:

10. Sind die **Atmungsorgane** gesund? Nein Ja
Wenn nein, bitte Diagnosen und patholog. Befunde mitteilen:

11. Sind die **Verdauungsorgane** gesund? Nein Ja
Wenn nein, bitte Diagnosen und patholog. Befunde mitteilen:

12. Sind die **Harn- und Geschlechtsorgane** gesund? Nein Ja
Wenn nein, bitte Diagnosen und patholog. Befunde mitteilen:

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

13. Sonstiges

Wurden weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde erhoben Nein Ja

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

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**