

Die Kosten für die Erstellung des ärztlichen Zeugnisses bzw. die Kosten der Untersuchung trägt der/die Antragsteller/-in!

Antragsdatum	Vers.-Nr.
Name/Vorname	Geb.-Datum
Straße, Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort
derzeitige berufliche Tätigkeit	

I. Erklärung vor dem Arzt / der Ärztin

Nachfolgende Angaben müssen vom Antragsteller (**zusätzlich** zu den Angaben des Antrages) gemacht werden.

	Wenn mit "ja" beantwortet: Diagnose / Beschwerden, wo behandelt (Arzt), Befunde?	Wann?
1. Bestehen Krankheiten (z. B. auch Augenerkrankungen), Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen oder Funktionsbeeinträchtigungen – auch wenn sie derzeit nicht behandelt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2. Finden oder fanden in den folgenden Zeiträumen ambulante oder stationäre Behandlungen, Beobachtungen, Untersuchungen, Therapien, Kontrolluntersuchungen oder Operationen – einschließlich Versorgung mit Körperimplantaten oder Fremdmaterial – durch Ärzte oder andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen statt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
ambulant - in den letzten 3 Jahren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
stationär - in den letzten 5 Jahren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2a. Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Mit welchen Ergebnissen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Wurde jemals eine HIV-Infektion/Aids festgestellt oder steht noch ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
5. Wurden in den letzten 3 Jahren - mindestens 10 Tage ununterbrochen - Medikamente (auch Salben, Tropfen, Spritzen) eingenommen/angewandt oder täglich/annähernd täglich Alkohol oder Drogen konsumiert? Bitte geben Sie Art und Menge an.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
5a. Besteht/bestand jemals eine Abhängigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie einen Hausarzt? Wenn ja, geben Sie bitte Namen, die vollständige Adresse und die Fachrichtung an.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Erklärungen einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bilden und dass ich die obigen Fragen, die mir vom Arzt / von der Ärztin einzeln vorgelesen wurden, persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort / Datum	Unterschrift des/r Antragstellers/-in
Anamnese erhoben	(Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin)



II. Untersuchungsbefund für _____

Name, Vorname _____

Erläuterung der Befunde / Abweichungen _____

1. Haben Sie die Person bereits untersucht, beraten oder behandelt? Falls ja; bitte Diagnosen und genaue Behandlungsdaten angeben. ja nein
-
2. Größe und Gewicht _____ cm _____ kg
-
3. Macht die Person einen altersentsprechenden gesunden Eindruck? ja nein
-
4. Ist das Reflexverhalten normal? ja nein
-
5. Finden sich Hinweise auf Krankheiten:
- a) des Skeletts- und Bewegungsapparates? ja nein _____
- b) der Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen? ja nein _____
- c) der Sinnesorgane ja nein _____
- d) des Nervensystems und der Psyche ja nein _____
- e) des Hormonsystems? ja nein _____
- f) der Schilddrüse? ja nein _____
- g) der Gefäße?
- g.1) Bestehen Ödeme? ja nein _____
- g.2) Bestehen Hämorrhoiden, Krampfadern? ja nein _____
(Art und Umfang?)
- g.3) Bestehen Narben, Ulzera? ja nein _____
(Art und Umfang?)
- h) des Herzens/ des Kreislaufs
- h.1) Puls in Ruhe _____
- nach 10 Kniebeugen _____
- Rückkehr zur Norm _____
- h.2) Blutdruck in Ruhe _____
- nach 10 Kniebeugen _____
- h.3) Sind krankhafte Geräusche am Herzen feststellbar? ja nein _____
- h.4) Besteht eine Arrhythmie? ja nein _____
- h.5) Ist eine Herzvergrößerung/ -verlagerung bekannt? ja nein _____
- h.6) Bestehen Anzeichen einer Herzinsuffizienz? ja nein _____
- h.7) Besteht Dyspnoe? ja nein _____
- i) der Atmungsorgane
- i.1) Besteht Heiserkeit, Husten, Bronchitis? ja nein _____
(Seit wann? Umfang?)
- i.2) Liegen Deformationen des Brustkorbs vor? ja nein _____
- i.3) Gibt es Abweichungen bei den Ergebnissen von Perkussion und Auskultation? ja nein _____
- j) der Verdauungs- und Bauchorgane
- j.1) Liegen Krankheitsbefunde an Zunge, Mandeln, Rachen vor? ja nein _____
- j.2) Liegen Krankheitsbefunde des Bauches vor? ja nein _____
- j.3) Ist die Leber tastbar? ja nein _____
- j.4) Ist die Milz tastbar? ja nein _____



II. Untersuchungsbefund für _____

Name, Vorname _____

Erläuterung der Befunde / Abweichungen _____

j.5) Besteht ein Bruchleiden? ja nein _____j.6) Sind Krankheitsbefunde an den Verdauungsorganen bekannt? ja nein _____k) der Geschlechtsorgane ja nein _____

l) der Nieren und ableitenden Harnwege

l.1) Harnuntersuchung

Sediment

Eiweiß ja nein _____Zucker ja nein _____Ubg. vermehrt ja nein _____

äußere Beschaffenheit _____

Bestandteile _____

m) des Immunsystems (z.B. HIV/Aids) ja nein _____

6. Sonstiges

Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde erhoben? ja nein _____

7. Aktuelle Blutuntersuchung (nüchtern) - nicht älter als 3 Wochen

(liegt bereits ein aktueller Laborbericht mit den unten angegebenen Laborwerten / Normwerten vor, genügt es, wenn dieser dem Ärztlichen Zeugnis beigelegt wird).



	Laborwerte vom	Normwerte		Laborwerte vom	Normwerte
SGOT:	_____	_____	Triglyceride:	_____	_____
SGPT:	_____	_____	PTT:	_____	_____
GAMMA GT:	_____	_____	Erythrozyten:	_____	_____
Kreatinin:	_____	_____	Hämatokrit:	_____	_____
Harnstoff:	_____	_____	Hämoglobin:	_____	_____
Harnsäure:	_____	_____	MCV:	_____	_____
Blutzucker:	_____	_____	Leukozyten:	_____	_____
Gesamtcholesterin:	_____	_____	Thrombozyten:	_____	_____
HDL- Cholesterin:	_____	_____			
LDL- Cholesterin:	_____	_____			

Bei abweichenden Blutwerten bitten wir um eine schriftliche Stellungnahme des behandelnden Arztes.

Ort, Datum _____

Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin _____