

Umfang der Untersuchung (bei Vorlage eines entsprechenden LV-Antrages)

- (1) ärztliches Zeugnis mit HIV-Antikörper-Test; Laborwerte: Gesamtcholesterin, Triglyceride, Kreatinin, Gamma-GT, Nüchternblutzucker, Harnsäure weitere: Cotinin-Test
- (2) wie (1) zusätzlich EKG in Ruhe und nach Belastung mit Deutung durch Facharzt für innere Medizin
- (3) ärztliches Zeugnis nur durch Facharzt für innere Medizin mit EKG in Ruhe und nach Belastung mit Deutung, folgende Laborwerte: Vollständiges Blutbild, BKS, Nüchternblutzucker, Kreatinin, Harnsäure, Gesamtcholesterin, Triglyceride, CHE oder Quickwert, SGPT, Gamma-GT und HIV-Antikörper-Test

Ärztliches Zeugnis

Vermittler: _____

Eine sorgfältige, ausführliche Beantwortung dieser Fragen erspart Rückfragen und beschleunigt damit die Bearbeitung des Antrages

über Herrn/Frau _____ Vorname(n) _____ geb. am _____
(auch Geb. Name)
Beruf _____ ggf. auch Nebenberuf _____
(genaue Angaben über die Beschäftigung)
Wohnort _____ Straße und Haus-Nr. _____

Nachgewiesen durch (z.B. Bundespersonalausweis-Nr., Reisepass-Nr., etc.): _____

I. Erklärung vor dem Arzt / Fragen an die zu versichernde Person

Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und mit **nein** oder **ja** zu beantworten.

Nachfolgende Fragen zum Risiko bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse richtig und vollständig zu beantworten. Bei unvollständiger oder unrichtiger Beantwortung können wir je nach den Umständen und dem Grad des Verschuldens für eine solche unrichtige oder unvollständige Beantwortung vom Vertrag zurücktreten, diesen kündigen oder unter Umständen auch eine rückwirkende Vertragsanpassung (Ausschluss des Risikos oder Anhebung der Prämie) verlangen. Dadurch kann es zum vollständigen oder teilweisen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen, so dass unsere Leistungspflicht in einem solchen Fall ganz oder teilweise entfällt.

Für die Richtigkeit der Angaben sind Sie alleine verantwortlich, auch wenn Sie dieses Formular nicht selbst ausgefüllt haben. Der Arzt darf über die Erheblichkeit von Fragen oder Erkrankungen keine verbindlichen Erklärungen abgeben.

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | nein ▼ | ja ▼ | Wenn ja, welche? | Wann, wie oft? Wie lange? | Behandelnde Ärzte (mit Anschrift) |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden (Das bei den Einzelangaben Zutreffende bitte unterstreichen und rechts erläutern.) | | | | | |
| a) des Herzens oder der Kreislauforgane , z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| b) der Atmungsorgane , z.B. Tuberkulose, Rippen-(Brust)-fellentzündung, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| c) der Verdauungsorgane , z.B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| d) der Harn- oder Geschlechtsorgane , z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| e) des Gehirns oder Rückenmarks , der Nerven, Geistesstörungen, Depressionen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| f) der Augen , z.B. Herabsetzung der Sehschärfe? Dioptrienzahl? rechts: _____ links: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| g) der Ohren , z.B. Ohrenfluss, Schwerhörigkeit, Tinnitus (Ohrgeräusche)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| h) der Haut, der Drüsen, der Milz, des Blutes; Allergien? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| i) Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| k) Geschwülste (Tumore)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| l) der Knochen und Gelenke, der Wirbelsäule, der Bandscheiben; Gelenkrheumatismus, rheumatische Beschwerden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| m) akute oder chronische Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten, z.B. Malaria? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| n) Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (AIDS, z.B. durch eine Blutuntersuchung)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| o) Bei Frauen: Erkrankungen der weiblichen Organe? Besteht Schwangerschaft? In welchem Monat? _____ Sind evtl. vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| | ▲ nein | ▲ ja | | | |

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | | | | | |
|-------|--|------------------------------------|----------------------------------|----------------|-----------------------------------|
| 2. a) | Sind Sie mit Medikamenten, z.B. Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt worden? Welche? Wann? | nein ▼ <input type="radio"/> | ja ▼ <input type="radio"/> | Wann? Weshalb? | Behandelnde Ärzte (mit Anschrift) |
| b) | Nahmen oder nehmen Sie Drogen, andere Betäubungs- oder Aufputzmittel? Welche? Wann? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| c) | Rauchen Sie? Wie viel täglich? Bei „nein“, seit wann sind Sie Nichtraucher? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| d) | Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? In welchem Umfang? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| e) | Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen? Wann? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 3. a) | Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welcher Art? Welche Folgen bestehen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| b) | Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension? Weshalb? Von welcher Stelle? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| c) | Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Behinderung nach dem Schwerbehindertengesetz (GdB)? Art und Grad der Anerkennung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 4. a) | Sind Sie operiert worden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| b) | Ist eine Operation vorgesehen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| c) | Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 5. a) | Wurden Sie mit Röntgen, Isotopen oder mit Sonographie untersucht? Ergebnis? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| b) | Wurde früher ein Elektrokardiogramm aufgenommen? Ergebnis? (Falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundberichte bitte einsenden.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 6. | Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen? Welche? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 7. a) | Haben andere Ärzte, außer den bereits genannten, Sie innerhalb der letzten fünf Jahre untersucht, beraten oder behandelt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| b) | Sind Sie in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt worden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | | ▲ nein | ▲ ja | | |
| 8. a) | Welchen Arzt nehmen Sie für sich gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt)? | Name und Anschrift des Arztes | | Wann? Weshalb? | |
| b) | Welchen Arzt haben Sie zuletzt bean-sprucht? | | | | |

Entbindung von der Schweigepflicht**Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten**

Ich ermächtige die Condor Lebensversicherungs-AG, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten zehn Jahre nach der Antragsannahme. Der Versicherer darf auch die Ärzte, die die Todesursachen feststellen, die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten ist zulässig, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist und die betroffene Person diese Einwilligung erteilt hat.

Die betroffene Person ist vor einer Erhebung nach Absatz 1 zu unterrichten; sie kann der Erhebung widersprechen.

Die betroffene Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.

Insoweit **entbinde ich** alle, die hiernach befragt werden, **von der Schweigepflicht** auch über meinen Tod hinaus.

Wir bitten Sie, sich von dem untersuchenden Arzt über die besondere Bedeutung des **HIV-Tests aufklären** zu lassen und gleichzeitig mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift Ihr **Einverständnis** zur Durchführung des Tests sowie zur **Weitergabe** des Testergebnisses an unsere medizinischen Sachverständigen zu erklären.

(Unterschrift der zu versichernden Person)_____
(Tag)_____
(Arztstempel)_____
(Unterschrift des Arztes)

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | | |
|---|--|---|
| <p>8. Atmungsorgane</p> <p>a) Besteht Heiserkeit? Husten? Seit wann? Ursache?</p> <p>b) Form und Wölbung des Brustkorbs? _____</p> <p>c) Ergebnis der Perkussion und Auskultation: _____</p> <p>d) Halten Sie die Atmungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?</p> | <p>nein ja</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> | |
| <p>9. Verdauungsorgane</p> <p>a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Rachen?</p> <p>b) Ergebnis der Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauches: (Magen, Leber, Gallenblase, Pankreas, Milz, Darm)</p> <p>c) Halten Sie die Verdauungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?</p> | <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> | |
| <p>10. Harn- und Geschlechtsorgane</p> <p>a) Harnuntersuchung: Wurde der Harn in Ihren Praxisräumen entleert? Enthält der Harn:</p> <p>b) Halten Sie die Harn- und Geschlechtsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?</p> <p>c) Bei Frauen Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der weiblichen Organe? Wenn ja, auf welches Leiden?</p> | <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> | <p>Eiweiß? _____ Zucker? _____</p> <p>Ist Urobilinogen vermehrt? _____</p> <p>Sedimentbefund: _____</p> |
| <p>11. Sonstiges Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde (z.B. Drüsenvergrößerungen) erhoben? Welche?</p> | <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>nein ja</p> | |
| <p>12. HIV-Antikörper-Test Ergebnis: Durchgeführt am:</p> | | |
| <p>13. a) Der Arzt kann der untersuchten Person krankhafte Befunde mitteilen. Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?</p> <p>b) Die Untersuchung fand statt um _____ Uhr <input type="radio"/> in meinem Sprechzimmer, <input type="radio"/> in der Wohnung der untersuchten Person</p> | | |

14. Bemerkungen:

Ort / Datum

(Stempel und Unterschrift des untersuchenden Arztes)

Wir bieten Ihnen für diese Untersuchung ein Honorar in Höhe von 50,- EUR an. Laborkosten rechnen Sie bitte nach GOÄ gesondert ab.
Das Honorar ist zu überweisen auf

Konto-Nummer

Geldinstitut

Bankleitzahl