

Erklärung vor dem Arzt mit Untersuchung

(Vordruck B) scp 11 – 01.10

Wichtige Informationen für den Antragsteller bzw. die zu versichernde Person

Dieses Formular dient der Beantwortung der Gesundheitsfragen Ihres Versicherungsantrags und enthält gleichzeitig den Vordruck für die ärztliche Untersuchung. Mit dieser Verfahrensweise soll die Antragsannahme erleichtert werden. Zum einen lassen sich mit einem aktuellen ärztlichen Zeugnis Fehleinschätzungen über Ihren Gesundheitszustand bereits im Vorfeld ausschließen. Zum anderen ist dies für Sie eine willkommene Gelegenheit, sich wieder einmal von Kopf bis Fuß untersuchen zu lassen: Denn was ist Ihnen mehr wert als die eigene Gesundheit! Sprechen Sie deshalb darüber mit dem Arzt Ihres Vertrauens.

Mit dem Formular, das Sie von Ihrem persönlichen Ansprechpartner der ALTE LEIPZIGER erhalten haben, gehen Sie bitte mit einem amtlichen Ausweis zu Ihrem (Haus-)Arzt. Mit ihm zusammen füllen Sie dann den Fragebogen sorgfältig aus. Es ist wichtig, dass alle bisherigen Behandlungen und Untersuchungen richtig und vollständig angegeben werden. Dies gilt auch für Behandlungen und Untersuchungen, die bei anderen Behandlern stattgefunden haben, sowie für Erkrankungen und Beschwerden, die Ihres Erachtens unwesentlich sind.

Im Anschluss daran lassen Sie sich bitte von Ihrem Arzt untersuchen, und schicken Sie das ausgefüllte Formular so schnell wie möglich - von Ihnen/gegebenenfalls vom Antragsteller und dem untersuchenden Arzt unterschrieben - an uns zurück.

Die Kosten für die Beantwortung der Gesundheitsfragen und die ärztliche Untersuchung übernehmen wir. Die Honorarerstattung erfolgt nach Vorlage der Rechnung und des Vordrucks »Erklärung vor dem Arzt mit Untersuchung« in der Direktion Oberursel.

Entbindung von der Schweigepflicht und Hinweise zum Datenschutz

Eine Erklärung im Versicherungsantrag berechtigt den Versicherer, Angaben über den Gesundheitszustand des Antragstellers bzw. der zu versichernden Person einzuholen und unter Beachtung des Datenschutzes zu verwenden.

Die zu versichernde Person ermächtigt die Gesellschaft, ihre hier gemachten Angaben zur Risikobeurteilung bei Bedarf zu überprüfen.

Hinweise für den Arzt

Ihr Patient hat Sie im Zusammenhang mit einer Antragstellung auf Versicherungsschutz bei der ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung mit der Überprüfung seines Gesundheitszustandes betraut.

Das vorliegende Formular dient der hierfür notwendigen Beantwortung der Antragsfragen sowie der im Anschluss daran durchzuführenden **Untersuchung mit einem aktuellen HIV-Test**.

Bitte gehen Sie mit Ihrem Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter die aufgeführten Fragen durch, und tragen Sie die Angaben sorgfältig ein. Achten Sie darauf, dass alle Behandlungen, Untersuchungen oder Beschwerden angegeben werden müssen. Bitte nehmen Sie anschließend entsprechend dem Untersuchungsbericht die ärztliche Untersuchung vor.

Für Ihre Mithilfe bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen und die ärztliche Untersuchung einschließlich Laboruntersuchungen erstatten wir Ihnen ein Honorar von 150 Euro (inklusive Mehrwertsteuer) sobald uns dieser Bericht zugegangen ist (vgl. II. Ärztliche Untersuchung, Ziffer 16).

**ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit**

Name des Antragstellers/Versicherungsnehmers: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Antrag vom: _____ Antrags-/Versicherungsnr. (sofern bekannt): _____

Name des Vermittlers (FD/VO/B/Vertr.-Nr.): _____

Erklärung vor dem Arzt mit Untersuchung

Bitte nicht befragen/untersuchen, falls verwandt oder verschwägert!

Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und von der zu untersuchenden Person oder deren gesetzlichen Vertreter zu beantworten.

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

ausgewiesen durch einen gültigen amtlichen Ausweis BPA-Nr. _____

Reisepass Nr. _____

ausstellende Behörde,
Ort, Datum: _____

I. Anamneseerhebung durch den Arzt

Bei Zutreffendes bitte ankreuzen

1)	Familienanamnese: Sind bei Eltern oder Geschwistern Herz- oder Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen, Zuckererkrankungen, Nervenerkrankungen, psychische Erkrankungen oder Erbkrankheiten vorgekommen?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Welche?	
2)	Berufs- und Freizeitanamnese: Bestehen in der Berufsausübung oder der Freizeit besondere Belastungen oder Gefahren (z.B. Absturzgefahr, Umgang mit gefährlichen Stoffen oder gefährliche Sportarten)?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Welche?	
3)	Bestehen oder bestanden Krankheiten oder Beschwerden (das Zutreffende bitte unterstreichen und erläutern)		Wann? Welche?	Name/Anschrift behandelnde Ärzte oder Krankenhäuser
3a)	des Herzens oder der Kreislauforgane/ Gefäße, auch Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Angina pectoris, Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Herzrhythmusstörungen, erhöhter Blutdruck (Werte größer 140/90 mmHg), Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Venenentzündungen, Thrombose, Embolie, Lymphödem?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3b)	der Atmungsorgane, auch wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma, Tuberkulose, Rippenfellentzündungen, Entzündungen der Nasennebenhöhlen, Kehlkopferkrankungen, Schlafapnoe, Heuschnupfen/Allergie, ?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3c)	der Verdauungsorgane, auch der Speiseröhre, des Magens, des Darms, der Bauchspeicheldrüse, der Leber, der Gallenblase, oder Symptome wie Blut im Stuhl, Gelbsucht, Sodbrennen, Magenschmerzen (wie oft, in welchem Zusammenhang)?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3d)	der Harnorgane, auch Nierenkolik, Steinleiden, Nieren- oder Harnblasenentzündungen, Zystennieren, oder Symptome wie erschwertes oder schmerzhaftes Wasserlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3e)	des Gehirns- oder Rückenmarks, der Nerven, auch Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmungen, oder Symptome wie Gefühlsstörungen, Krämpfe, Tremor, Ohnmachten, Schwindel, Migräne, häufige oder schwere Kopfschmerzen (wie oft, in welchem Zusammenhang)?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3f)	der Psyche, auch Psychosen, Depressionen, Angst-, Schlaf- oder Essstörungen, Erschöpfungszustände, psychosomatische Erkrankungen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)? Erfolgt/erfolgte eine psychotherapeutische Behandlung?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3g)	der Augen, auch Iritis, Netzhautablösungen, Schielen, Farbsinnstörung, Amblyopie, Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung? Ist eine Herabsetzung der Sehschärfe gegebenenfalls durch eine Brille oder Kontaktlinsen vollständig auszugleichen?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dioptrienzahl, falls zutreffend: li _____ re _____	
3h)	der Ohren, auch Schwerhörigkeit, Tinnitus, Schwindelzustände, Gleichgewichtsstörungen?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

3i) der Haut, auch Allergien (ggf. welche Stoffe), Neurodermitis, Schuppenflechte, Handekzem?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3j) der Drüsen, der Milz, des Blutes (auch Gerinnungsstörungen), auch Schilddrüsen und Hormonstörungen?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4) Bestehen oder bestanden Krankheiten oder Beschwerden (das Zutreffende bitte unterstreichen und erläutern)		Wann? Welche?	Name/Anschrift behandelnde Ärzte oder Krankenhäuser
4a) des Stoffwechsels, auch Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen, Gicht?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4b) in Form von gut- oder bösartigen Tumorbildungen, auch Hautkrebs, Lymphome oder Leukämien?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4c) des Rückens oder Nackens, auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Schleudertrauma, Ischiasbeschwerden, Cervikobrachialgie, Rückenschmerzen (wie oft, in welchem Zusammenhang)?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4d) der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder, auch Meniskusschaden, Gicht, Rheuma, Fibromyalgie, Gelenkschmerzen (wie oft, in welchem Zusammenhang)?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4e) in Form von schweren, häufig rezidivierenden oder chronischen Infektionskrankheiten (auch Geschlechts- und Tropenkrankheiten)? Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4f) bei Männern: der männlichen Geschlechtsorgane, auch der Vorsteherdrüse, des Hodens?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4g) bei Frauen: der weiblichen Geschlechtsorgane, auch der Brust, der Eierstöcke, der Gebärmutter? Sind evtl. vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4h) in Form von sonstigen Krankheiten, Gebrechen, körperliche Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5a) Werden oder wurden regelmäßig Medikamente eingenommen, (d.h. täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament), auch Herzmittel, blutdruck- oder blutzuckersenkende Mittel oder Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5b) Werden oder wurden Drogen oder Betäubungsmittel eingenommen oder anders zugeführt?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5c) Werden oder wurden Zigaretten oder andere Tabakprodukte konsumiert? Wenn ja, welche Menge, über welchen Zeitraum hinweg?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5d) Werden oder wurden regelmäßig alkoholische Getränke konsumiert (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres)? Art/Menge? Erfolgte wegen der Folgen des Alkoholgenusses eine Beratung oder Behandlung?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5e) Wurde ein Selbsttötungsversuch unternommen?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6a) Haben Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen stattgefunden? Welcher Art? Bestehen Folgen?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6b) Wird aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalles oder einer Behinderung eine Rente bezogen oder erfolgte eine Umschulung/medizinisch bedingter Arbeitsplatzwechsel? Weshalb? Von welcher Stelle?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6c) Bestand in den letzten 5 Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Wochen?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6d) Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die die Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

6e) Besteht eine anerkannte Behinderung, auch nach dem Schwerbehindertengesetz? Welcher Grad? Weshalb?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
7a) Fanden Operationen in der Vergangenheit statt?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
7b) Ist eine Operation vorgesehen?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
7c) Wurde eine Strahlenbehandlung oder Chemotherapie durchgeführt?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
8a) Wurde eine bildgebende Diagnostik (Röntgen, Szintigraphie, MRT, Sonographie) durchgeführt? Ergebnis? (Falls vorhanden, Befundbericht bitte einsenden)	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
8b) Wurde ein Elektrokardiogramm (EKG) erstellt? Ergebnis? (Falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht bitte einsenden.)	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
9a) Wurde stationär in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt (auch Kuren, Entzugsbehandlungen)?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
9b) Haben andere Ärzte oder Heilpraktiker außer den bereits genannten in den letzten fünf Jahren untersucht, beraten oder behandelt?	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Genetische Untersuchungen:

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und diese nicht verlangen. Sie müssen uns jedoch Vorerkrankungen und Erkrankungen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzeigen, auch wenn in diesem Zusammenhang genetische Untersuchungen oder Analysen vorgenommen wurden. Wenn eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder eine Jahresrente von mehr als 30.000 EUR vereinbart wird, müssen Sie uns darüber hinaus auch genetische Untersuchungen oder Analysen mitteilen, die allein mit dem Ziel vorgenommen wurden, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären. Bei Überschreiten dieser Summengrenzen beantworten Sie deshalb bitte auch die nachfolgende Frage 10.

10) Wurde in der Vergangenheit ein Gentest durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja, geben Sie uns bitte Grund und das Ergebnis des Gentests und den Name und die Anschrift des durchführenden Arztes oder Institutes an oder reichen Sie das Gentestergebnis ein)
---	--

11a) Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)?

11b) Wann und weshalb wurde er zuletzt in Anspruch genommen? Wann und weshalb wurde ein anderer Arzt zuletzt in Anspruch genommen?

Erklärung der befragten zu versichernden Person und Entbindung von der Schweigepflicht

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass diese Erklärung einen Bestandteil des Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin vom untersuchenden Arzt über die besondere Bedeutung des HIV-Tests aufgeklärt worden und erkläre gleichzeitig mit meiner nachfolgenden Unterschrift mein Einverständnis zur Durchführung des Tests sowie zur Weitergabe des Testergebnisses an den medizinischen Sachverständigen der Gesellschaft.

Ferner erkläre ich, dass ich innerhalb der letzten 2 Monate keine blutdrucksenkenden, cholesterinsenkenenden, triglyceridensenkenden und harnsäure-senkenden Mittel eingenommen habe (gegebenenfalls nicht Zutreffendes bitte streichen).

Zur Überprüfung meiner hier gemachten Angaben zur Risikobeurteilung **befreie ich die hier von mir genannten** Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Für den genauen Umfang meiner Erklärung gelten die "Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten sowie besondere Hinweisen" in meinem Antragsformular (dort unter Ziffer I.1.C "Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und Verwendung von Gesundheitsdaten") entsprechend.

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig,
auch die gesetzlichen Vertreters

II. Ärztliche Untersuchung

Der Befund darf nicht erstellt werden, falls der Arzt/die Ärztin mit der zu untersuchenden Person verwandt oder verschwägert ist. Hinweise zur Entbindung von der Schweigepflicht sind auf der Vorderseite abgedruckt. Zur Honorarvergütung siehe Ziffer 16.

Untersuchungsbefund vom: ____ . ____ . ____ Uhrzeit: ____ : ____

Ist Ihnen die zu untersuchende Person als Patient bekannt? ja nein

Nikotin (Menge): _____ Alkohol (Menge): _____ Medikamente (welche): _____

Aktuelle Beschwerden? Wenn ja, welche? _____

1)	Gewicht ohne Kleidung: ____ kg, Größe ohne Schuhe : ____ cm	Umfang des Bauches: ____ cm,	Umfang der Hüfte: ____ cm			
2)	Befund Wirbelsäule: HWS: BWS: LWS: Befund Gliedmaße: Obere Extremität: Untere Extremität: Halten Sie Skelett und Bewegungsapparat für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	unauffällig <input type="checkbox"/>	defomiert <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>	bewegungs- eingeschränkt <input type="checkbox"/>	Erläuterungen _____ _____ _____ _____ _____
3)	Befund Haut und Schleimhäute: Halten Sie Haut und Schleimhäute für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	unauffällig <input type="checkbox"/>	Ekzem <input type="checkbox"/>	Entzündung <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>	_____ _____
4)	Befund Sinnesorgane: Augen: Fernvisus: Nahvisus: Ohren: Halten Sie die Sinnesorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	unauffällig <input type="checkbox"/>	Bewegungsstörung <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
5)	Befund Nervensystem: zentrales Nervensystem: peripheres Nervensystem: Koordination: vegetatives Nervensystem: Halten Sie das Nervensystem für gesund? Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?	Unauffällig <input type="checkbox"/>	sensible Störung <input type="checkbox"/>	motorische Störung <input type="checkbox"/>	Reflex- störung <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

<p>6) Befund Schilddrüse:</p> <p>Halten Sie das Hormonsystem – insbesondere die Schilddrüse – für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?</p>	<table border="0"> <tr> <td>unauffällig</td> <td>vergrößert</td> <td>knotig</td> <td>sonstiges</td> <td>Erläuterungen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ja</td> <td>nein</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	unauffällig	vergrößert	knotig	sonstiges	Erläuterungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	ja	nein				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
unauffällig	vergrößert	knotig	sonstiges	Erläuterungen																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																													
ja	nein																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
<p>7) Befund Herz und Kreislauf:</p> <p>Herz:</p> <p>Arterien:</p> <p>Venen, Lymphgefäße:</p> <p>Blutdruck und Pulsfrequenz:</p> <p>Belastung bitte mit 15 Kniebeugen oder Vergleichbarem (nur falls vorhanden, bitte das Ergebnis einer früher durchgeführten Belastungsergometrie beifügen).</p> <p>Befinden nach Belastung:</p> <p>Halten Sie das Herz und den Kreislauf für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?</p>	<table border="0"> <tr> <td>unauffällig</td> <td>Rhythmusstörung</td> <td>krankhaftes Herzgeräusch</td> <td>sonstiges</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>unauffällig</td> <td>Strömungsgeräusche</td> <td>Pulsverlust</td> <td>sonstiges</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>unauffällig</td> <td>Varizen</td> <td>Oedeme</td> <td>Hautverfärbungen</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>tastbare Lymphknoten</td> <td>sonstiges</td> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">in Ruhe: Puls : _____ S/min</td> </tr> <tr> <td colspan="5">RR links: ____/____ mmHg rechts : ____/____ mmHg</td> </tr> <tr> <td colspan="5">nach Belastung: (Bitte den Arm mit dem höheren Ruheblutdruck verwenden)</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Puls: _____ S/min RR: ____/____ mmHg</td> </tr> <tr> <td>unauffällig</td> <td>Puls unregelmäßig</td> <td>Beschwerden</td> <td>sonstiges</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ja</td> <td>nein</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	unauffällig	Rhythmusstörung	krankhaftes Herzgeräusch	sonstiges	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		unauffällig	Strömungsgeräusche	Pulsverlust	sonstiges	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		unauffällig	Varizen	Oedeme	Hautverfärbungen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			tastbare Lymphknoten	sonstiges		_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			in Ruhe: Puls : _____ S/min					RR links: ____/____ mmHg rechts : ____/____ mmHg					nach Belastung: (Bitte den Arm mit dem höheren Ruheblutdruck verwenden)					Puls: _____ S/min RR: ____/____ mmHg					unauffällig	Puls unregelmäßig	Beschwerden	sonstiges	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ja	nein				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
unauffällig	Rhythmusstörung	krankhaftes Herzgeräusch	sonstiges	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
unauffällig	Strömungsgeräusche	Pulsverlust	sonstiges	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
unauffällig	Varizen	Oedeme	Hautverfärbungen	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
	tastbare Lymphknoten	sonstiges		_____																																																																													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
in Ruhe: Puls : _____ S/min																																																																																	
RR links: ____/____ mmHg rechts : ____/____ mmHg																																																																																	
nach Belastung: (Bitte den Arm mit dem höheren Ruheblutdruck verwenden)																																																																																	
Puls: _____ S/min RR: ____/____ mmHg																																																																																	
unauffällig	Puls unregelmäßig	Beschwerden	sonstiges	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
ja	nein																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
<p>8) Befund Atmungsorgane:</p> <p>Nase, Kehlkopf:</p> <p>Bronchien, Lunge:</p> <p>Halten Sie die Atmungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?</p>	<table border="0"> <tr> <td>unauffällig</td> <td>Nasenatmungsstörung</td> <td>Stimmstörung</td> <td>Schluckstörung</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>unauffällig</td> <td>Neben-geräusche</td> <td>Klopfschallstörung</td> <td>sonstiges</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ja</td> <td>nein</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	unauffällig	Nasenatmungsstörung	Stimmstörung	Schluckstörung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		unauffällig	Neben-geräusche	Klopfschallstörung	sonstiges	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ja	nein				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
unauffällig	Nasenatmungsstörung	Stimmstörung	Schluckstörung	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
unauffällig	Neben-geräusche	Klopfschallstörung	sonstiges	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
ja	nein																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
<p>9) Befund Verdauungsorgane:</p> <p>Mundhöhle:</p> <p>Bauchraum:</p> <p>(nur falls vorhanden, bitte frühere Sonographiebefunde beifügen)</p> <p>Halten Sie die Verdauungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?</p>	<table border="0"> <tr> <td>unauffällig</td> <td>Zähne nicht saniert</td> <td>Tonsillen vergrößert</td> <td>sonstiges</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>unauffällig</td> <td>Resistenzen</td> <td>Druckschmerz</td> <td>Hernien</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>path. Geräusche</td> <td>sonstiges</td> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ja</td> <td>nein</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	unauffällig	Zähne nicht saniert	Tonsillen vergrößert	sonstiges	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		unauffällig	Resistenzen	Druckschmerz	Hernien	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			path. Geräusche	sonstiges		_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ja	nein				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
unauffällig	Zähne nicht saniert	Tonsillen vergrößert	sonstiges	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
unauffällig	Resistenzen	Druckschmerz	Hernien	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
	path. Geräusche	sonstiges		_____																																																																													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
ja	nein																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
<p>10) Befund Harn- und Geschlechtsorgane:</p> <p>Halten Sie die Harn- und Geschlechtsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?</p>	<table border="0"> <tr> <td>unauffällig</td> <td>Nierenlager klopf-schmerzhaft</td> <td>krankhafter Tastbefund</td> <td>sonstiges</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ja</td> <td>nein</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	unauffällig	Nierenlager klopf-schmerzhaft	krankhafter Tastbefund	sonstiges	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ja	nein				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
unauffällig	Nierenlager klopf-schmerzhaft	krankhafter Tastbefund	sonstiges	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
ja	nein																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

<p>11) Psychischer Eindruck, Verhalten im Gespräch:</p> <p>Halten Sie die Psyche für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?</p>	<p>unauffällig Zwangs- oder Stimmungs- sonstiges Angststörung störung _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>12) Sonstiges Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde erhoben? Wenn ja, welche?</p>	
<p>13) Laboruntersuchungen</p> <p>Harnuntersuchung: Datum der Urinuntersuchung: _____</p> <p>Blutuntersuchung Datum der Blutabnahme: _____</p> <p>Bitte Normalwertbereich des Labors bei jedem Wert angeben!</p>	<p>Die Harnkontrolle und die Blutabnahme müssen am Untersuchungstag oder später in den Praxisräumen des untersuchenden Arztes durchgeführt werden. Alte Befunde können nicht verwendet werden.</p> <p>Urinstatus: Eiweiß: _____ Zucker: _____ Erythrozyten: _____ Leukozyten: _____</p> <p>HIV-Test:</p> <p>Blutzucker (nüchtern):</p> <p>Gesamtcholesterin:</p> <p>Gamma-GT:</p>

14) Welche Befunde haben Sie mitgeteilt? _____

15) Wichtige Hinweise:

Für die Risikobeurteilung sind noch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb ist es nicht erwünscht, durch Mitteilungen über das Versicherungswagnis der Risikobeurteilung des Versicherungsunternehmens vorzugreifen.

Der Versicherungsnehmer gestattet uns, bei Vorliegen bestimmter Sachverhalte (z. B. zur Risikobeurteilung, zur Vertragsgestaltung) die Weitergabe bzw. Mitteilung von Gesundheitsdaten an Personenversicherer und Rückversicherer sowie an den betreuenden Vermittler und an ihn selbst. Sollten Sie gegen die recht selten notwendige (erläuternde/begründete) Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer und/oder seinen Vermittler Bedenken haben, bitten wir dies zu vermerken.

16) Honorar-Rechnung: 150,00 Euro inklusive aller Sachleistungen und Mehrwertsteuer

Kontoinhaber: _____ Kontonummer: _____

bei: _____ BLZ: _____

Honorar angewiesen: _____
 Datum, Name

Erklärung des Arztes

Durch meine Unterschrift bestätige ich, alle Antworten, die mir mein Patient oder dessen gesetzlicher Vertreter zu den Fragen über die Gesundheitsverhältnisse (Teil I., Fragen 1-11) gegeben hat, festgehalten zu haben.

 Ort, Datum

 Stempel und Unterschrift des Arztes