

Ärztliches Zeugnis

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.

	falls ja, Diagnose / Beschwerden, wo behandelt (Arzt), Befunde?	Wann?
1. Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2. Bestanden in den letzten 5 Jahren ärztlich festgestellte Anomalien, Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen oder Funktionsbeeinträchtigungen? (Diese können z.B. durch Unfälle, Operationen, Krankheiten, Amputationen oder Organspenden hervorgerufen sein.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Behandlungen, Untersuchungen, Beobachtungen, Operationen oder Therapien statt? (z.B. in Krankenhäusern, Sanatorien, Kurkliniken, Therapiezentren) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
4. Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Mit welchen Ergebnissen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5. Wurden ein oder mehrere HIV/Aids-Tests durchgeführt - wann und mit welchem Ergebnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde jemals eine HIV-Infektion / Aids festgestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6. Fand in den letzten 10 Jahren oder findet eine Zytostatikabehandlung statt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
7. Haben Sie in den letzten 3 Jahren Medikamente (auch Salben, Tropfen, Spritzen) mindestens 10 Tage eingenommen bzw. angewandt? Gilt auch für nicht ärztlich verordnete Medikamente. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
8. Wurden in den letzten 3 Jahren täglich oder annähernd täglich Medikamente, Alkohol oder Drogen konsumiert oder bestand eine Abhängigkeit? Bitte geben Sie Art und Menge an. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
9. Bestehen Krankheiten oder Folgen von Krankheiten, Verletzungen, Unfällen und Operationen, die in den letzten 10 Jahren ärztlich festgestellt wurden? <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)

DOK 100684

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.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
2. Größe und Gewicht			_____ cm _____ kg
3. Macht die Person einen altersentsprechenden gesunden Eindruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
4. Halten Sie den Skelett- und Bewegungsapparat für gesund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
5. Halten Sie Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen für gesund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
6. Halten Sie die Sinnesorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
7. Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
8. Ist das Reflexverhalten normal?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
9. Halten Sie das Hormonsystem für gesund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
10. Hat die Schilddrüse eine normale Form?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
11. Herz/Kreislauf			
a) Puls in Ruhe			_____
nach 10 Kniebeugen			_____
Rückkehr zur Norm			_____
b) Blutdruck in Ruhe			_____
nach 10 Kniebeugen			_____
c) Sind krankhafte Geräusche am Herzen feststellbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
d) Besteht eine Arrhythmie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
e) Ist das Herz vergrößert oder verlagert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
f) Bestehen Anzeichen einer Insuffizienz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
g) Besteht Dyspnoe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
12. Gefäße			
a) Bestehen Ödeme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
b) Bestehen Hämorrhoiden, Krampfadern? (Art und Umfang?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
c) Bestehen Narben, Ulcera? (Art und Umfang?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
13. Atmungsorgane			
a) Besteht Heiserkeit, Husten, Bronchitis? (Seit wann? Umfang?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
b) Liegen Deformationen des Brustkorbs vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
c) Gibt es Abweichungen bei den Ergebnissen von Perkussion und Auskultation?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
d) Liegen Erkrankungen der Atmungsorgane vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
14. Verdauungs- und Bauchorgane			
a) Liegen Krankheitsbefunde an Zunge, Mandeln, Rachen vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
b) Liegen Krankheitsbefunde des Bauches vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
c) Ist die Leber vergrößert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
d) Ist die Milz vergrößert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
e) Besteht ein Bruchleiden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
f) Liegen Krankheitsbefunde an den Verdauungsorganen vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____

II. Untersuchungsbefund für _____

Name, Vorname _____

Erläuterung der Befunde / Abweichungen _____

15. Harn- und Geschlechtsorgane

a) Gibt es Abweichungen bei der Beschaffenheit der Nierenlager? ja nein _____

b) Harnuntersuchung Sediment

Eiweiß ja nein _____

Zucker ja nein _____

Ubg. vermehrt ja nein _____

äußere Beschaffenheit _____

Bestandteile _____

Bei Frauen:

c) Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der weiblichen Organe? ja nein _____

d) Besteht Schwangerschaft? ja nein _____

16. Sonstiges

a) Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde festgestellt? ja nein _____

b) Bestehen Anzeichen für eine Immunschwäche? ja nein _____

17. Blutuntersuchung

Bitte legen Sie das kleine Blutbild und das Differenzialblutbild (nicht älter als 3 Monate) in Kopie bei.

Bei erhöhten Werten bitten wir um Erläuterung (Diagnose / Grund der Erhöhung):

abweichender Wert: _____ Diagnose / Grund der Erhöhung: _____

_____ | _____

_____ | _____

_____ | _____

Erläuterung der Befunde/Abweichungen

_____ | _____

_____ | _____

Ort, Datum _____

Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin _____