

## Ärztliches Zeugnis

Die Kosten für die Erstellung des ärztlichen Zeugnisses bzw. die Kosten der Untersuchung trägt die zu versichernde Person.

### Zu versichernde Person – Untersuchungs- befund für

Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum TT.MM.JJJJ

#### 1. Erklärung der untersuchten Person vor dem Arzt

Der Arzt, der diese Untersuchung durchführt, ist mein Hausarzt seit \_\_\_\_\_ Monat/Jahr (MM.JJJJ)

(Sofern Sie wegen Umzug oder ähnlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arzt gewechselt haben, nennen Sie uns bitte Name und die vollständige Anschrift Ihres bisherigen Hausarztes)

Name des bisherigen Hausarztes

\_\_\_\_\_

Adresse des bisherigen Hausarztes

\_\_\_\_\_

#### 2. Haben Sie die Person innerhalb der letzten 5 Jahre untersucht, beraten oder behandelt?

Ja  Nein

Wegen welcher Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 3. Größe und Gewicht \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

#### 4. Macht die Person einen physisch und psychisch gesunden Eindruck?

Ja  Nein

Erläuterung der Befunde/Abweichungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Ist das Reflexverhalten normal?**

Ja  Nein

Erläuterung der Befunde/Abweichungen

---

---

---

**5. Finden sich Hinweise auf Krankheiten/Veränderungen:**

a) des Skelett- und Bewegungsapparates?

Ja  Nein

b) der Sinnesorgane?

Ja  Nein

c) des Nervensystems und der Psyche, z. B. von der Norm abweichende Verhaltens-/und Erlebnismuster?

Ja  Nein

d) der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, z. B. Störung der Merkfähigkeit, der Konzentration, etc.?

Ja  Nein

ggf. welche

---

e) aktueller Funktionstest/Balancetest

- nicht älter als 3 Wochen -

• Liegt eine Gangstörung o. ä. vor?

Ja  Nein

Ja  Nein

f) der Gefäße?

• Besteht ein postthrombotisches Syndrom?

• Sind die Fußpulse tastbar?

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

g) des Immunsystems (z. B. HIV/AIDS)?

Ja  Nein

h) der Nieren, der ableitenden Harnwege und des Darms?

• Liegt eine Harn- und/oder Stuhlinkontinenz vor?

Ja  Nein

Ja  Nein

Erläuterung der Befunde/Abweichungen

---

---

i) des Herzens/ des Kreislaufs

• Puls in Ruhe (nach 10 Kniebeugen; Rückkehr zur Norm) \_\_\_\_\_

• Blutdruck in Ruhe (nach 10 Kniebeugen) \_\_\_\_\_

• Sind krankhafte Geräusche am Herzen feststellbar?

Ja  Nein

• Besteht eine Arrhythmie?

Ja  Nein

• Ist eine Herzvergrößerung/-verlagerung bekannt?

Ja  Nein

• Bestehen Anzeichen einer Herzinsuffizienz?

Ja  Nein

• Besteht Dyspnoe?

Ja  Nein

Erläuterung der Befunde/Abweichungen

---

---

7. **Benötigt Ihr Patient/Ihre Patientin Hilfsmittel (z. B. Gehhilfe, Stützkorsett, etc.) oder sind solche notwendig bzw. wurden solche empfohlen?**

Ja  Nein

ggf. welche?

---

---

---

**8. Sonstiges**

Wurden weitere krankhafte und bisher nicht unter den Ziffern 1. – 7. genannte Befunde erhoben?

Ja  Nein

ggf. welche?

---

---

---

9. **Welche Beschwerden/Funktionseinschränkungen liegen aufgrund der vorhandenen Erkrankungen vor?**

---

---

---

---

---

**10. Aktuelle Blutuntersuchung (nüchtern) – nicht älter als 3 Wochen**

(liegt bereits ein aktueller Laborbericht vor, genügt es, wenn dieser dem Ärztlichen Zeugnis beigelegt wird, ansonsten bitte Laborbericht erstellen).

---

---

---

---

---

**Wichtiger Hinweis:**

Falsche oder unvollständige Angaben zu den o. g. Fragen können uns berechtigen, je nach Verschulden, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers, möglicherweise auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Hausarztes/der Hausärztin