

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		
1a. Besteht eine Erkrankung der weiblichen Organe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, Anomalien, Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen oder Funktionsbeeinträchtigungen? (z.B. Augenerkrankungen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3. Finden oder fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Behandlungen, Beobachtungen, Untersuchungen, Therapien/Gesprächstherapien Kontrolluntersuchungen oder Operationen - einschließlich Versorgung mit Körperimplantaten oder Fremdmaterial - 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. Wurde jemals eine HIV-Infektion/Aids festgestellt oder steht noch ein Testergebnis aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6. Wurden Sie 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		
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)

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. 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:	_____				

Ort, Datum _____

Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin _____