

Ärztliches Zeugnis

(Die Kosten für das ärztliche Zeugnis trägt die zu untersuchende Person oder deren gesetzlicher Vertreter)

Continentale Krankenversicherung

Direktion

Ruhrallee 92 • 44139 Dortmund

Telefon (02 31) 9 19-0

Telefax (02 31) 9 19-1798

Familienname _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____

Anschrift _____

Antrag vom _____

Maklerdirektion _____

oder Versicherungs-Nummer _____

Ausgewiesen durch einen gültigen:

Personalausweis Nr.: _____ oder Reisepass Nr.: _____

Ausstellende Behörde, Ort, Datum: _____

Befunde aufgrund Ihrer heutigen Untersuchung

1. Größe: _____ cm 2. Gewicht: _____ kg

3. Blutdruck (mm/Hg)
liegend : _____
stehend : _____

3.1 Puls in Ruhe: _____
nach 10 Kniebeugen: _____
nach 2 Minuten: _____

4. Urin frisch gelassen
Eiweiß (Mikro- und Makroalbumine) positiv negativ
Glucose: _____ Sedimente: _____

5. Erkrankungen, Operationen, Unfälle in der Vorgeschichte? ja nein

5.1 Wenn ja, was lag vor? Wann und bei wem in Behandlung?

6. Halten Sie Herz, Kreislauf und Blutgefäßsystem für gesund? ja nein

6.1 Wenn nein, was liegt vor?

7. Halten Sie die Atmungsorgane für gesund? ja nein

7.1 Wenn nein, was liegt vor?

8. Halten Sie den Bewegungsapparat für gesund? ja nein

8.1 Wenn nein, was liegt vor?

9. Halten Sie die Haut und die Hautanhangsgebilde für gesund? ja nein

9.1 Wenn nein, was liegt vor?

10. Halten Sie die Bauchorgane einschließlich der Harn- und Geschlechtsorgane für gesund? ja nein

10.1 Wenn nein, was liegt vor?

10.2 Für weibliche Personen: Steht eine Entbindung bevor? ja nein
Wenn ja, voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

11.a) Halten Sie das Nervensystem und die Sinnesorgane für gesund? ja nein

11.b) Ist das psychische Verhalten unauffällig? ja nein

11.1 Wenn nein, was liegt vor?

12. Liegen sonstige Abweichungen oder krankhafte Veränderungen vor (z.B. Hormon- oder Stoffwechselstörungen, Allergien)? ja nein

12.1 Wenn ja, was liegt vor?

13. Wurden besondere Befunde erhoben (auch Blutuntersuchungen, z.B. auf Rheuma, Allergien, Hepatitis und HIV-Infektionen)? ja nein

13.1 Wenn ja, welche?

14. Wer ist die Hausärztin/der Hausarzt?

15. Sind Behandlungen derzeit erforderlich bzw. vorgesehen? ja nein

15.1 Wenn ja, Art und Umfang

15.2 Name und Anschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes oder wer kann hierüber Auskunft geben:

16. Zustand des Gebisses

16.1 Halten Sie die Zähne für gesund bzw. saniert? ja nein

16.2 Wenn nein, Name u. Anschrift der/des behandelnden Zahnärztin/Zahnarztes:

Bitte fügen Sie alle aktuellen Befunde der letzten 24 Monate, die sich aus den folgenden Laboruntersuchungen ergeben im Original bei. Liegen keine Laborwerte vor oder sind diese älter als 24 Monate, ist ein aktueller Laborbefund erforderlich.

Schilddrüse - T₃, T₄, TSH

Leber - ALT, AST, GPT, Gamma-GT, GOT

Bauchspeicheldrüse - Alpha-Amylase, Blutzucker, Lipase,

Blutsenkung - BSG

Kreatinin

Leukozyten

Erythrozyten

Hämoglobin

Hämatokrit

Harnsäure

Fettstoffwechsel - Cholesterin, Triglyzeride,

Entzündung - C-reaktives Protein (CRP)

Urin - Bakterien, Rote / Weiße Blutkörperchen, Mikroalbumine

Ort / Datum / Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes:

Sie können dieses ärztliche Zeugnis der Continentale Krankenversicherung a. G. auch direkt senden.