

Ärztliches Zeugnis

Antrags-/Vertragsnummer _____

Name/Vorname _____

Geburtsdatum/Berufliche Tätigkeit _____

Anschrift _____

Nur angekreuzte Positionen durchführen!

Wir bieten Ihnen dafür folgendes Honorar inkl. MwSt an:

<input checked="" type="checkbox"/>	Ärztliches Zeugnis inkl. Urinuntersuchung	60,00 EUR
<input checked="" type="checkbox"/>	Laborwerte folgenden Umfangs: Vollständiges Blutbild, Blutsenkung, Nüchternblutzucker, Harnsäure, Kreatinin, Gesamtcholesterin, HDL und LDL, Triglyceride, Gamma-GT, SGPT und SGOT	37,57 EUR
<input checked="" type="checkbox"/>	HIV-Antikörper-Test (GoÄ Ziffer 4395 x 1,15)	20,11 EUR
<input type="checkbox"/>	Belastungs-EKG (GoÄ Ziffer 652 x 2,3)	59,66 EUR

Wird mikroverfilmt; Handschriftliches bitte möglichst mit schwarzem Stift ausfüllen, Danke!

I. Erklärung vor dem Arzt

Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und mit **nein** oder **ja** zu beantworten. **Das** bei den Einzelangaben **Zutreffende** bitte **unterstreichen** und rechts erläutern. Eine sorgfältige, ausführliche Beantwortung dieser Frage erspart Rückfragen und beschleunigt damit die Bearbeitung des Antrags.

1. Sind bei Eltern oder Geschwistern Herz- oder Kreislauf-erkrankungen, Schlaganfall, Krebserkrankungen, Zuckerkrankheit, Geistes- und Gemütskrankheiten oder sonstige familiäre Erkrankungen vorgekommen?	nein ▼ <input type="checkbox"/>	ja ▼ <input type="checkbox"/>	Welche? Bei wem (Alter)?			
2. Sind Sie in Ihrem Beruf oder Sport besonderen Gefahren ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welchen?			
3. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden...			<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 33%;">wenn ja welche?</th> <th style="width: 33%;">wann, wie oft, wie lange?</th> <th style="width: 33%;">Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)</th> </tr> </table>	wenn ja welche?	wann, wie oft, wie lange?	Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)
wenn ja welche?	wann, wie oft, wie lange?	Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)				
a des Herzens oder der Kreislauforgane (z. B. Bluthochdruck, Schmerzen in der Herzgegend, Herzfehler, Rhythmusstörungen, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen oder Infarkt des Herzens, Gehirns oder der Extremitäten, Embolie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b der Atmungsorgane (z. B. Tuberkulose, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma, Emphysem, blutiger Auswurf, Lungen- oder Brustfellentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c der Verdauungsorgane (z. B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, erhöhte Leberwerte, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, chronische Darmentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
d der Harn- und Geschlechtsorgane (z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankung der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
e des Nervensystems (z. B. Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
f der Psyche (z. B. Depressionen oder sonstige Gemüts-erkrankungen, chronische Essstörungen, psychosomatische Störungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
g der Augen (z. B. Sehschärfe, Dioptrien, Gesichtsfeld, Augendruck, Augenhintergrund betreffend)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
h der Ohren, Nase (z. B. Tinnitus, Mittelohrerkrankungen, Hörsturz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
i der Milz, des Blutes (z. B. Leukämie, Anämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
j der Haut, Allergien (z. B. Psoriasis, Neurodermitis, Heuschnupfen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
k des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen/Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
l in Form von Geschwülsten (z. B. Tumoren, Zysten, Lymphknotenverdünnungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
m der Wirbelsäule, Bandscheiben, Knochen, Gelenke (z. B. Hexenschuss, Lumbago, Ischias, Bandscheibenvorfall, Gelenkverschleiß, rheumatische Beschwerden, Hüftdysplasie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
n akute oder chronische Infektionskrankheiten (z. B. Tropenkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, chronische Hepatitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
o Unfälle, Verletzungen und/oder Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				



	nein	ja	
<p>p Bei Frauen:</p> <p>Erkrankungen der Gebärmutter, Eierstöcke oder Brust? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p> <p>Besteht Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p> <p>Wenn ja, gab es bei vorangegangenen Schwangerschaften und Entbindungen Komplikationen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p> <p>Wann wurde die letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung durchgeführt? _____ ▶</p>			<p>In welchem Monat?</p> <p>Welche?</p> <p>Welches Ergebnis?</p>
<p>4. a Nahmen/nehmen Sie regelmäßig oder wiederholt Medikamente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p> <p>b Ggf. Angaben zu früherem Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p> <p>c Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p> <p>Seit wann haben Sie das Rauchen aufgegeben? _____</p> <p>d Wieviel Alkohol trinken Sie in der Regel täglich? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p> <p>e Haben Sie ungewollt in den letzten 12 Monaten mehr als 5 kg Gewicht verloren? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p> <p>f Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p>			<p>Wann? Weshalb?</p> <p>Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)</p> <p>Wieviel täglich?</p> <p>Wann?</p>
<p>5. a Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p> <p>b Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p> <p>c Besteht ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Erwerbsminderung (MdE)? Alternativ Kopie des Anerkennungsbescheides/-antrags beifügen. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p> <p>d Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 4 Wochen arbeitsunfähig krank? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p> <p>e Ist eine Operation vorgesehen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p>			<p>Welche?</p> <p>Weshalb? Von welcher Stelle?</p> <p>Wieviel %? Weshalb?</p> <p>Wann? Behandelnder Arzt</p> <p>Welche? Wann?</p>
<p>6. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (HIV-Test, Ergebnis, Datum)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p>			
<p>7. a Sind Sie oder waren Sie in Behandlung anderer Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnastik, Heilpraktiker)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p> <p>b Sind Sie in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Sanatorien untersucht und behandelt worden? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p> <p>c Sind Sie mit bildgebenden Verfahren untersucht worden (z. B. Sonographie, Röntgen, CT, Kernspin)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p>			<p>Wann? Bei wem? Fachrichtung? Anschrift? Weshalb?</p>
<p>8. Welchen Arzt nehmen Sie gewöhnlich in Anspruch? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>▶</p>			<p>Name und Anschrift des Arztes/Fachrichtung Wann? Weshalb?</p>

Wir bitten Sie, sich von dem untersuchenden Arzt über die besondere Bedeutung des HIV-Tests aufklären zu lassen und gleichzeitig mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift Ihr Einverständnis zur Durchführung des Tests sowie zur Weitergabe des Testergebnisses ausschließlich an unsere medizinischen Sachverständigen zu erklären.

Unterschrift der zu versichernden Person

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

II. Untersuchungsbefund

	nein	ja													
1. Sind Sie mit der zu untersuchenden Person verwandt oder verschwägert? Falls zutreffend, darf die Untersuchung nicht vorgenommen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann? Weshalb? Bitte Krankenblattauszug beifügen.												
2. Haben Sie den Antragsteller bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
3. Gewicht ohne Kleidung		<input type="checkbox"/>	_____ kg												
Größe ohne Schuhe		<input type="checkbox"/>	_____ cm												
Bauchumfang in Nabelhöhe		<input type="checkbox"/>	_____ cm												
Wurden diese Werte in Ihrer Praxis gemessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
4. Herz- und Kreislaufsystem			bitte konkrete Angaben												
Bestehen bei der Untersuchung Hinweise auf...															
a Herzvergrößerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
b Herzgeräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
c Anormale Herztöne, Rhythmusstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
d Insuffizienzzeichen (Dispnoe, Ödeme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
e Krampfadern (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
f Arterielle Durchblutungsstörungen (abgeschwächte periphere Pulse, Strömungs- oder Stenosegeräusche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
g Blutdruck und Pulsfrequenz			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Blutdruck in mm Hg.</th> <th>Pulsschläge je Minute</th> <th>Davon Extraschläge je Minute</th> </tr> <tr> <th>systol.</th> <th>diastol.</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Blutdruck in mm Hg.	Pulsschläge je Minute	Davon Extraschläge je Minute	systol.	diastol.							
Blutdruck in mm Hg.	Pulsschläge je Minute	Davon Extraschläge je Minute													
systol.	diastol.														
Bei Erhöhung von Blutdruck oder Puls bitte zweite Messung am Ende der Untersuchung.	1. Messung	<input type="checkbox"/>													
	Ggf. 2. Messung	<input type="checkbox"/>													
Wurden die Werte unter Einnahme blutdrucksenkender Medikamente gemessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?												
Welche Blutdruckwerte wurden früher gemessen?			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Blutdruck in mm Hg.</th> <th>Datum</th> </tr> <tr> <th>systol.</th> <th>diastol.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Blutdruck in mm Hg.	Datum	systol.	diastol.								
Blutdruck in mm Hg.	Datum														
systol.	diastol.														
Fanden Sie bei Ihrer Untersuchung Auffälligkeiten... (Bei „ja“ bitte detailliert erläutern)															
5. ...im broncho-pulmonalen System? ...im Auskultationsbefund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
6. ...im Skelett- und Muskelsystem (z. B. Arthritis, Kyphose, Skoliose)? ...eingeschränkte Funktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
7. ...bei Haut und Schleimhäuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
8. ...bei den Sinnesorganen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
9. ...beim Nervensystem (z. B. Pupillenreaktionen, Reflexe, Lähmungen, Gang) und der Psyche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
10. ...beim Hormonsystem (insbesondere die Schilddrüse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
11. ...im Verdauungssystem (z. B. Lebervergrößerung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
12. ...bei den Harn- und Geschlechtsorganen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													

<p>13. Sonstiges</p> <p>Haben Sie weitere krankhafte oder bisher nicht angegebene Befunde erhoben (z. B. Hernien)?</p>	<p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Welche?</p>																																																																		
<p>14. Aktuelle Laboruntersuchungen (mit Datumsangaben)</p> <p>a Urinuntersuchung</p> <p>Ergebnis des Streifentests</p> <p>Sedimentbefund (bei pathologischen Streifentests)</p> <p>Bei pathologischem Befund – welche Diagnose stellen Sie?</p> <p>b Blutuntersuchungen</p> <p>HIV-Test (Ergebnis)</p>	<p>▶</p> <p>▶</p> <p>▶</p> <p>▶</p> <p>▶</p> <p>▶</p> <p>▶</p> <p>▶</p>	<p>Eiweiß _____ Zucker _____ Blut _____</p> <p>Bilirubin _____ Urobilinogen _____ Keton _____</p> <p>Leuko _____ Sonstiges _____</p> <p>negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/></p>																																																																		
<p>15. Laborbefunde vom _____</p> <p>Falls maschinelle Ausdrücke der folgenden Laborwerte gefertigt und beigefügt werden, erübrigt sich die manuelle Niederschrift. Bitte achten Sie auf die Vollständigkeit.</p> <p>Bei pathologischem Befund. Welche Diagnose stellen Sie?</p>	<p>▶</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Blutbild</th> <th style="text-align: center;">Gem. Wert</th> <th style="text-align: center;">Norm-Wert</th> <th style="text-align: left;"></th> <th style="text-align: center;">Gem. Wert</th> <th style="text-align: center;">Norm-Wert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Erythrozyten</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Nüchternblutzucker</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Hämoglobin (Hb)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Harnsäure</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Hämatokrit (Hkt)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Kreatinin</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>MCH</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Gesamtcholesterin</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>MCHC</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>HDL-Cholesterin</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>MCV</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>LDL-Cholesterin</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Leukozyten</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Triglyceride</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Thrombozyten</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Gamma-GT</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>BKS</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>SGOT</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>SGPT</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Blutbild	Gem. Wert	Norm-Wert		Gem. Wert	Norm-Wert	Erythrozyten	_____	_____	Nüchternblutzucker	_____	_____	Hämoglobin (Hb)	_____	_____	Harnsäure	_____	_____	Hämatokrit (Hkt)	_____	_____	Kreatinin	_____	_____	MCH	_____	_____	Gesamtcholesterin	_____	_____	MCHC	_____	_____	HDL-Cholesterin	_____	_____	MCV	_____	_____	LDL-Cholesterin	_____	_____	Leukozyten	_____	_____	Triglyceride	_____	_____	Thrombozyten	_____	_____	Gamma-GT	_____	_____	BKS	_____	_____	SGOT	_____	_____				SGPT	_____	_____
Blutbild	Gem. Wert	Norm-Wert		Gem. Wert	Norm-Wert																																																															
Erythrozyten	_____	_____	Nüchternblutzucker	_____	_____																																																															
Hämoglobin (Hb)	_____	_____	Harnsäure	_____	_____																																																															
Hämatokrit (Hkt)	_____	_____	Kreatinin	_____	_____																																																															
MCH	_____	_____	Gesamtcholesterin	_____	_____																																																															
MCHC	_____	_____	HDL-Cholesterin	_____	_____																																																															
MCV	_____	_____	LDL-Cholesterin	_____	_____																																																															
Leukozyten	_____	_____	Triglyceride	_____	_____																																																															
Thrombozyten	_____	_____	Gamma-GT	_____	_____																																																															
BKS	_____	_____	SGOT	_____	_____																																																															
			SGPT	_____	_____																																																															
<p>16. Der Arzt kann dem Untersuchten krankhafte Befunde mitteilen. Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?</p>	<p>▶</p>																																																																			
<p>17. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihre Informationen an den Versicherten weitergeben?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																																																																			

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Das Honorar (siehe Seite 1) wird nach Eingang des Zeugnisses sofort überwiesen.
 (Bei Barüberweisung unter Abzug der Überweisungsgebühren).
 Das Honorar ist zu überweisen auf

▶ Kontonummer

Bankleitzahl

Geldinstitut

Für die Risikobeurteilung sind auch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb bitten wir Sie, dem Untersuchten wohl KRANKHAFTE BEFUNDE mitzuteilen, aber kein Urteil über die Versicherungsfähigkeit abzugeben. Der Bericht darf dem Untersuchten oder einer anderen Mittelsperson zur Weiterleitung an die Gesellschaft NUR VERSCHLOSSEN übergeben werden.