

Erklärung vor dem Arzt mit Untersuchung

(Vordruck Bplus)

Wichtige Informationen für den Antragsteller bzw. die zu versichernde Person

Dieses Formular dient der Beantwortung der Gesundheitsfragen Ihres Versicherungsantrags und enthält gleichzeitig den Vordruck für die ärztliche Untersuchung. Mit dieser Verfahrensweise soll die Antragsannahme erleichtert werden. Zum einen lassen sich mit einem aktuellen ärztlichen Zeugnis Fehleinschätzungen über Ihren Gesundheitszustand bereits im Vorfeld ausschließen. Zum anderen ist dies für Sie eine willkommene Gelegenheit, sich wieder einmal von Kopf bis Fuß untersuchen zu lassen: Denn was ist Ihnen mehr wert als die eigene Gesundheit! Sprechen Sie deshalb darüber mit dem Arzt Ihres Vertrauens.

Mit dem Formular, das Sie von Ihrem persönlichen Ansprechpartner der ALTE LEIPZIGER erhalten haben, gehen Sie bitte mit einem amtlichen Ausweis zu Ihrem (Haus-)Arzt. Mit ihm zusammen füllen Sie dann den Fragebogen sorgfältig aus. Es ist wichtig, dass alle bisherigen Behandlungen und Untersuchungen richtig und vollständig angegeben werden. Dies gilt auch für Behandlungen und Untersuchungen, die bei anderen Behandlern stattgefunden haben, sowie für Erkrankungen und Beschwerden, die Ihres Erachtens unwesentlich sind.

Im Anschluss daran lassen Sie sich bitte von Ihrem Arzt untersuchen, und schicken Sie das ausgefüllte Formular so schnell wie möglich - von Ihnen/gegebenenfalls vom Antragsteller und dem untersuchenden Arzt unterschrieben - an uns zurück.

Die Kosten für die Beantwortung der Gesundheitsfragen und die ärztliche Untersuchung übernehmen wir. Die Honorarerstattung erfolgt nach Vorlage der Rechnung und des Vordrucks »Erklärung vor dem Arzt mit Untersuchung« in der Direktion Oberursel.

Hinweise für den Arzt

Ihr Patient hat Sie im Zusammenhang mit einer Antragstellung auf Versicherungsschutz bei der ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung mit der Überprüfung seines Gesundheitszustandes betraut.

Das vorliegende Formular dient der hierfür notwendigen Dokumentation der **Anamneseerhebung, körperlichen Untersuchung, durchzuführenden aktuellen Laboruntersuchungen und des Ruhe-EKG's.**

Bitte gehen Sie mit Ihrem Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter die aufgeführten Fragen durch, und tragen Sie die Angaben sorgfältig ein. Achten Sie darauf, dass alle gefragten Behandlungen, Untersuchungen oder Beschwerden angegeben werden müssen, auch soweit diese von Ihnen durchgeführt oder erhoben wurden. Bitte nehmen Sie anschließend entsprechend dem Untersuchungsbericht die ärztliche Untersuchung und die Laboruntersuchungen vor.

Für Ihre Mithilfe bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen und die ärztliche Untersuchung einschließlich Laboruntersuchungen und Ruhe-EKG erstatten wir Ihnen eine Honorarpauschale von 290 Euro (inklusive Mehrwertsteuer und aller Kosten) sobald uns dieser Bericht zugegangen ist.

Name des Antragstellers/Versicherungsnehmer: _____
 Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____
 Antrag vom : _____ Antrags-/Versicherungnr. (sofern bekannt): _____
 Name des Vermittlers (Vermittlernr.): _____

Erklärung vor dem Arzt mit Untersuchung

Bitte nicht befragen/untersuchen, falls verwandt oder verschwägert!

Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und von der zu untersuchenden Person oder deren gesetzlichen Vertreter zu beantworten.

Name: _____	Vorname: _____	geb. am: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Ausgewiesen durch einen gültigen amtlichen Ausweis	<input type="checkbox"/> BPA-Nr.: _____	Reisepass Nr. _____																				
Ausstellende Behörde, Ort, Datum: _____																						

I. Anamneseerhebung durch den Arzt

Bei : Zutreffendes bitte ankreuzen
 Bei ja, bitte Einzelheiten erläutern

Familienanamnese

1) Sind familiär gehäufte Erkrankungen bei Verwandten 1. oder 2. Grades aufgetreten (Herz-, Kreislauf-, Nieren- Stoffwechsel-, Tumor-, Nerven- und psychische Erkrankungen oder Erbkrankheiten)? (Bitte nur Art und Anzahl der Erkrankungen nennen, nicht die betroffenen Personen)
 Welche, in welchem Alter jeweils? nein ja

Eigenanamnese

2a) Bestehen in der Berufsausübung oder der Freizeit besondere Belastungen oder Gefahren (z.B. Absturzgefahr, Umgang mit gefährlichen Stoffen oder gefährliche Sportarten)? Welche? nein ja

2b) Wird aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalles oder einer Behinderung eine Rente bezogen oder erfolgte eine medizinisch bedingte Umschulung/medizinisch bedingter Arbeitsplatzwechsel? nein ja

2c) Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die die Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen? Welche? nein ja

2d) Besteht eine anerkannte Behinderung/Invalidität, z.B. nach dem Schwerbehindertengesetz? Welcher Grad? Weshalb? nein ja

Bestehen oder bestanden Krankheiten oder Beschwerden (das Zutreffende bitte aufführen und erläutern: Wann? Welche? Name/Anschrift behandelnde Ärzte und Krankenhäuser)

3a) des Gehirns-oder Rückenmarks, der Nerven, auch Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmungen oder Symptome wie Gefühlsstörungen, Krämpfe, Tremor, Ohnmachten, Schwindel, Migräne, häufige oder schwere Kopfschmerzen (wie oft, in welchem Zusammenhang? nein ja

3b) der Psyche, auch Psychosen, Depressionen, Angst-, Schlaf- oder Essstörungen, Erschöpfungszustände psychosomatische Erkrankungen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)? Erfolgt/erfolgte eine psychotherapeutische Behandlung? nein ja

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

3c) in Form von schweren, häufig rezidivierenden oder chronischen Infektionskrankheiten (auch Geschlechts- und Tropenkrankheiten) oder Autoimmunerkrankungen? Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
3d) in Form von gut- oder bösartigen Tumorbildungen, auch Hautkrebs, Lymphome oder Leukämien?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4a) Wurde stationär in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt (auch Kuren, Entzugsbehandlungen)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4b) Fanden Operationen in der Vergangenheit statt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4c) Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4d) Wurde eine Strahlenbehandlung oder Chemotherapie durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5a) Werden oder wurden regelmäßig alkoholische Getränke konsumiert (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres)? Art/Menge?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Erfolgte wegen der Folgen des Alkoholgenusses eine Beratung oder Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5b) Werden oder wurden Drogen oder Betäubungsmittel eingenommen oder anders zugeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Bestehen oder bestanden in den letzten 10 Jahren Krankheiten oder Beschwerden (das Zutreffende bitte aufführen und erläutern: Wann? Welche? Name und Anschrift der behandelnden Ärzte oder Krankenhäuser)		
6a) des Herzens oder der Kreislauforgane/Gefäße, auch Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Angina pectoris, Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Herzrhythmusstörungen, erhöhter Blutdruck (Werte größer 140/90 mmHg), Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Venenentzündungen, Thrombose, Embolie, Lymphödem?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6b) der Atmungsorgane, auch wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma, Tuberkulose, Rippenfellentzündungen, Entzündungen der Nasennebenhöhlen, Kehlkopferkrankungen, Schlafapnoe, Heuschnupfen, Allergie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6c) der Verdauungsorgane, auch der Speiseröhre, des Magens, des Darms, der Bauchspeicheldrüse, der Leber, der Gallenblase, oder Symptome wie Blut im Stuhl, Gelbsucht, Sodbrennen, Magenschmerzen (wie oft, in welchem Zusammenhang)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6d) der Hamorgane, auch Nierenkolik, Steinleiden, Nieren- oder Harnblasenentzündungen, Zystennieren oder Symptome wie erschwertes oder schmerzhaftes Wasserlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6e) der Haut, auch Allergien (ggf. welche Stoffe), Neurodermitis, Schuppenflechte, Handekzem?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6f) der Drüsen, der Milz, des Blutes (auch Gerinnungsstörungen), auch Schilddrüsen und Hormonstörungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

6g)	des Rückens oder Nackens, auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Schleudertrauma, Ischiasbeschwerden, Cervikobrachialgie, Rückenschmerzen (wie oft, in welchem Zusammenhang)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6h)	der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder, auch Meniskusschaden, Gicht, Rheuma, Fibromyalgie, Gelenkschmerzen (wie oft, in welchem Zusammenhang)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7)	Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren regelmäßig Medikamente eingenommen, (d.h. täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament), auch Herzmittel, Blutdruck- oder Blutzucker senkende Mittel oder Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
8)	Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren Zigaretten, andere Tabakprodukte oder E-Zigaretten konsumiert? Wenn ja, welche Menge, über welchen Zeitraum hinweg?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
9)	Haben in den letzten 10 Jahren Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen stattgefunden? Welcher Art? Bestehen Folgen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
10a)	Wurde in den letzten 10 Jahren eine bildgebende Diagnostik (Röntgen, Szintigraphie, MRT, Sonographie) durchgeführt? Ergebnis? (Falls vorhanden, bitte Befundbericht einsenden.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
10b)	Wurde in den letzten 10 Jahren ein Elektrokardiogramm (EKG) erstellt? Ergebnis? (Falls vorhanden, bitte EKG-Streifen und Befundbericht einsenden.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten oder Beschwerden (das Zutreffende bitte aufführen und erläutern: Wann? Welche? Name/Anschrift behandelnde Ärzte oder Krankenhäuser)			
11a)	der Augen, auch Iris, Netzhautablösungen, Schielen, Farbsinnstörung, Amblyopie, Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Dioptrienzahl, falls zutreffend: li _____ re _____		
	Ist eine Herabsetzung der Sehschärfe gegebenenfalls durch ein Brillen oder Kontaktlinsen vollständig ausgeglichen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
11b)	der Ohren, auch Schwerhörigkeit, Tinnitus, Schwindelzustände, Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
11c)	des Stoffwechsels, auch Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
11d)	bei Männern: der männlichen Geschlechtsorgane, auch der Vorsteherdrüse, des Hodens, erhöhter PSA-Wert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
11e)	bei Frauen: der weiblichen Geschlechtsorgane, auch der Brust, der Eierstöcke, der Gebärmutter?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Sind evtl. vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
11f)	in Form von sonstigen Krankheiten, Gebrechen, körperlicher Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

12) Bestand in den letzten 5 Jahren eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Wochen? nein ja

13) Haben andere Ärzte, Psychologen, Krankengymnasten oder Heilpraktiker, außer den bereits genannten, in den letzten 5 Jahren untersucht, beraten oder behandelt? nein ja

Genetische Untersuchungen:

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und diese nicht verlangen. Sie müssen uns jedoch Vorerkrankungen und Erkrankungen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzeigen, auch wenn in diesem Zusammenhang genetische Untersuchungen oder Analysen vorgenommen wurden. Wenn eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder eine Jahresrente von mehr als 30.000 EUR vereinbart wird, müssen Sie uns darüber hinaus auch genetische Untersuchungen oder Analysen mitteilen, die allein mit dem Ziel vorgenommen wurden, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären. Bei Überschreiten dieser Summengrenzen beantworten Sie deshalb bitte auch die nachfolgende Frage 14

14) Wurde in der Vergangenheit ein Gentest durchgeführt? nein ja
Wenn ja, geben Sie uns bitte den Grund und das Ergebnis des Gentests und den Namen und die Anschrift des durchführenden Arztes oder Institutes an oder reichen Sie das Gentestergebnis ein.

Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?

15) Name, Anschrift?

16) Wann und weshalb wurde er zuletzt in Anspruch genommen? Wann wurde ein anderer Arzt zuletzt in Anspruch genommen?

Erklärung der befragten zu versichernden Person und Entbindung von der Schweigepflicht

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass diese Erklärung einen Bestandteil des Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin vom untersuchenden Arzt über die besondere Bedeutung des HIV-Tests aufgeklärt worden und erkläre gleichzeitig mit meiner nachfolgenden Unterschrift mein Einverständnis zur Durchführung des Tests sowie zur Weitergabe des Testergebnisses an den medizinischen Sachverständigen der Gesellschaft.

Ferner erkläre ich, dass ich innerhalb der letzten 2 Monate keine Blutdruck senkende, Cholesterin senkende, Triglyceride senkende und Harnsäure senkende Mittel eingenommen habe (gegebenenfalls nicht Zutreffendes bitte streichen).

Zur Überprüfung meiner hier gemachten Angaben zur Risikobeurteilung **befreie ich die hier von mir genannten** Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Für den genauen Umfang meiner Erklärung gilt meine Einwilligung zur „Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten“ (Punkt 2 im Antragsformular unter „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten sowie Schweigepflichtentbindungserklärung).

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig,
auch die des gesetzlichen Vertreters

II. Ärztliche Untersuchung

Der Befund darf nicht erstellt werden, falls der Arzt/die Ärztin mit der zu untersuchenden Person verwandt oder verschwägert ist. Hinweise zur Entbindung von der Schweigepflicht sind auf der Vorderseite abgedruckt

Untersuchungsbefund vom: _____ Uhrzeit: _____

Ist Ihnen die zu untersuchende Person als Patient bekannt? ja nein

Nikotin (Menge): _____ Alkohol (Menge): _____ Medikamente (welche): _____



Aktuelle Beschwerden? Wenn ja, welche? _____

1) Gewicht: _____ kg (ohne Kleidung)	Größe : _____ cm (ohne Schuhe)	Umfang des Bauches: _____ cm	Umfang der Hüfte: _____ cm		
2) Befund Wirbelsäule	unauffällig	deformiert	schmerzhaft	bewegungs- einge- schränkt	Erläuterungen
HWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Befund Gliedmaße					
Obere Extremität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Untere Extremität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Halten Sie Skelett und Bewegungsapparat für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
3) Befund Haut und Schleimhäute	unauffällig <input type="checkbox"/>	Ekzem <input type="checkbox"/>	Entzündung <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>	
Halten Sie Haut und Schleimhäute für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
4) Befund Sinnesorgane					
Augen	unauffällig <input type="checkbox"/>	Bewegungsstörung <input type="checkbox"/>		sonstiges <input type="checkbox"/>	
Fernvisus	unauffällig beidseits <input type="checkbox"/>	eingeschränkt links <input type="checkbox"/>	rechts <input type="checkbox"/>	mit Sehhilfe ausreichend korrigiert ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nahvisus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ohren	unauffällig beidseits <input type="checkbox"/>	Hörminderung links <input type="checkbox"/>	rechts <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>	
Halten Sie die Sinnesorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
5) Befund Nervensystem	unauffällig	sensible Störung	motorische Störung	Reflex- störung	
zentrales Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
peripheres Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Koordination	unauffällig <input type="checkbox"/>	Gleichge- wichtsstö- rung <input type="checkbox"/>	Gangstörung <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>	
Vegetatives Nervensystem	unauffällig <input type="checkbox"/>	Zittern <input type="checkbox"/>	starkes Schwitzen <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>	
Halten Sie das Nervensystem für gesund? Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

6) Befund Schilddrüse		unauffällig <input type="checkbox"/>	vergrößert <input type="checkbox"/>	knotig <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>	Erläuterungen:
Halten Sie das Hormonsystem – insbesondere die Schilddrüse – für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
7) Befund Herz und Kreislauf						
	Herz	unauffällig <input type="checkbox"/>	Rhythmusstörung <input type="checkbox"/>	krankhaftes Herzgeräusch <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>	
	Arterien	unauffällig <input type="checkbox"/>	Strömungsgeräusche <input type="checkbox"/>	Pulsverlust <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>	
	Venen, Lymphgefäße	unauffällig <input type="checkbox"/>	Varizen <input type="checkbox"/>	Ödeme <input type="checkbox"/>	Hautverfärbungen <input type="checkbox"/>	
		tastbare Lymphknoten <input type="checkbox"/>		sonstiges <input type="checkbox"/>		
	Blutdruck und Pulsfrequenz	in Ruhe: Puls: _____ S/min				
		RR links: _____ / _____ mmHg		rechts: _____ / _____ mmHg		
	Belastung bitte mit 15 Kniebeugen oder Vergleichbarem (nur falls vorhanden, bitte das Ergebnis einer früher durchgeführten Belastungsergometrie beifügen)	nach Belastung (Bitte den Arm mit dem höheren Ruheblutdruck verwenden)				
		Puls: _____ S/min		RR: _____ / _____ mmHg		
	Befinden nach Belastung	unauffällig <input type="checkbox"/>	Puls unregelmäßig <input type="checkbox"/>	Beschwerden <input type="checkbox"/>	sonstiges: <input type="checkbox"/>	
	Halten Sie Herz und Kreislauf für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
8) Befund Atmungsorgane						
	Nase, Kehlkopf	unauffällig <input type="checkbox"/>	Nasenatmungsstörung <input type="checkbox"/>	Stimmstörung <input type="checkbox"/>	Schluckstörung <input type="checkbox"/>	
	Bronchien, Lunge	unauffällig <input type="checkbox"/>	Neben-geräusche <input type="checkbox"/>	Klopfschallstörung <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>	
	Halten Sie die Atmungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
9) Befund Verdauungsorgane						
	Mundhöhle	unauffällig <input type="checkbox"/>	Zähne nicht saniert <input type="checkbox"/>	Tonsillen vergrößert <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>	
	Bauchraum (nur falls vorhanden, bitte frühere Sonographiebefunde beifügen)	unauffällig <input type="checkbox"/>	Resistenzen <input type="checkbox"/>	Druckschmerz <input type="checkbox"/>	Hernien <input type="checkbox"/>	
		pathol. Geräusche <input type="checkbox"/>		sonstiges <input type="checkbox"/>		
	Halten Sie die Verdauungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
10) Befund Harn- und Geschlechtsorgane						
		unauffällig <input type="checkbox"/>	Nierenlager klopf-schmerzhaft <input type="checkbox"/>	krankhafter Tastbefund <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>	
	Halten Sie die Harn und Geschlechtsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

11) Psychischer Eindruck, Verhalten im Gespräch Halten Sie die Psyche für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Zwangs- oder Angst- störung</td> <td style="text-align: center;">Stimmungs- störung</td> <td style="text-align: center;">sonstiges</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">unauffällig <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ja <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Nein <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Zwangs- oder Angst- störung	Stimmungs- störung	sonstiges	unauffällig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
	Zwangs- oder Angst- störung	Stimmungs- störung	sonstiges										
unauffällig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>												
12) Sonstiges Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde erhoben? Wenn ja, welche?	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>										
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>												
13) Laboruntersuchungen Harnuntersuchung Datum der Urinuntersuchung: 	<p>Die Harnkontrolle und die Blutabnahme müssen am Untersuchungstag oder später in den Praxisräumen des untersuchenden Arztes durchgeführt werden. Alte Befunde können nicht verwendet werden!</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Urinstatus Eiweiß: _____ Erythrozyten: _____ Microalbumintest: z.B. Micraltest) _____ Cotinin- Bestimmung im Urin </td> <td style="vertical-align: top;"> Zucker: _____ Leukozyten: _____ Ergebnis: _____ </td> </tr> </table>	Urinstatus Eiweiß: _____ Erythrozyten: _____ Microalbumintest: z.B. Micraltest) _____ Cotinin- Bestimmung im Urin	Zucker: _____ Leukozyten: _____ Ergebnis: _____										
Urinstatus Eiweiß: _____ Erythrozyten: _____ Microalbumintest: z.B. Micraltest) _____ Cotinin- Bestimmung im Urin	Zucker: _____ Leukozyten: _____ Ergebnis: _____												
Blutuntersuchung Datum der Blutabnahme:  Bitte Normalwertbereich des Labors bei jedem Wert angeben!	HIV-Test: Blutzucker (nüchtern) oder HbA1c-Wert: NT-proBNP: Triglyceride: <table border="0"> <tr> <td>Gesamtcholesterin:</td> <td>LDL-Cholesterin:</td> <td>HDL-Cholesterin:</td> </tr> <tr> <td>Gamma-GT:</td> <td>GPT:</td> <td>Serum-Kreatinin</td> </tr> <tr> <td>CRP:</td> <td>Leukozyten:</td> <td>Erythrozyten:</td> </tr> <tr> <td>Hämoglobin:</td> <td>Hämatokrit:</td> <td>Thrombozyten:</td> </tr> </table>	Gesamtcholesterin:	LDL-Cholesterin:	HDL-Cholesterin:	Gamma-GT:	GPT:	Serum-Kreatinin	CRP:	Leukozyten:	Erythrozyten:	Hämoglobin:	Hämatokrit:	Thrombozyten:
Gesamtcholesterin:	LDL-Cholesterin:	HDL-Cholesterin:											
Gamma-GT:	GPT:	Serum-Kreatinin											
CRP:	Leukozyten:	Erythrozyten:											
Hämoglobin:	Hämatokrit:	Thrombozyten:											
14) EKG in Ruhe mit Extremitäten- und Brustwandableitung	EKG-Streifen bitte beifügen!												
15) Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?													

Wichtige Hinweise:

Für die Risikobeurteilung sind noch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb ist es nicht erwünscht, durch Mitteilungen über das Versicherungswagnis der Risikobeurteilung des Versicherungsunternehmens vorzugreifen.

Der Versicherungsnehmer gestattet uns, bei Vorliegen bestimmter Sachverhalte (z. B. zur Risikobeurteilung, zur Vertragsgestaltung) die Weitergabe bzw. Mitteilung von Gesundheitsdaten an Personenversicherer und Rückversicherer sowie an den betreuenden Vermittler und an ihn selbst. Sollten Sie gegen die recht selten notwendige (erläuternde/begründete) Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer und/oder seinen Vermittler Bedenken haben, bitten wir dies zu vermerken.

Erklärung des Arztes

Durch meine Unterschrift bestätige ich, alle Antworten, die mir mein Patient oder dessen gesetzlicher Vertreter zu den Fragen über die Gesundheitsverhältnisse (Teil I.) gegeben hat, festgehalten zu haben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Absender:

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung
Ärztlicher Dienst
Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

versicherte Person: _____ , geb. am: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie den gewünschten Untersuchungsbericht einschließlich aller Laborwerte.

Honorar

Unsere Honorarpauschale für die ärztliche Untersuchung inklusive der Kosten für alle Laborwerte beträgt **290,00 EUR**. Sofern wir weitere Rechnungen dazu erhalten (z.B. Laborrechnungen), werden wir diese an Sie zur Begleichung weitergeben.

oder alternativ (wenn gewünscht bitte ankreuzen)

Unsere Honorarpauschale exklusive Laborkosten beträgt **230,00 EUR**. Die Laborkosten werden von der AL übernommen und direkt an das Labor (Rechnungssteller) überwiesen.

Bitte überweisen Sie den Betrag auf das nachstehende Konto:

Kontoinhaber: _____

Name und Ort des Kreditinstituts: _____

| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
IBAN (International Bank Account Number)

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
BIC (Bank Identifier Code)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes