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.

			Wenn mit "ja" beantwortet: Diagnose / Beschwerden, wo behandelt (Arzt), Befunde?	Wann?
1. Bestehen Krankheiten (z. B. auch Augenerkrankungen), Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen oder Funktionsbeeinträchtigungen – auch wenn sie derzeit nicht behandelt werden?	☐ ja	☐ nein		
2. Finden oder fanden in den folgenden Zeiträumen ambulante oder stationäre Behandlungen, Beobachtungen, Untersuchungen, Therapien, Kontrolluntersuchungen oder Operationen - einschließlich Versorgung mit Körperimplantaten oder Fremdmaterial - durch Ärzte oder andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen statt?	☐ ja	☐ nein		
ambulant - in den letzten 3 Jahren?	☐ ja	☐ nein		
stationär - in den letzten 5 Jahren?	☐ ja	☐ nein		
2a. Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	☐ ja	☐ nein		
3. Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Mit welchen Ergebnissen?	☐ ja	☐ nein		
4. Wurde jemals eine HIV-Infektion/Aids festgestellt oder steht noch ein Testergebnis aus?	☐ ja	☐ nein		
5. Wurden 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.	☐ ja	☐ nein		
5a. Besteht/bestand jemals eine Abhängigkeit?	☐ ja	☐ nein		
Haben Sie einen Hausarzt? Wenn ja, geben Sie bitte Namen, die vollständige Adresse und die Fachrichtung an.	☐ ja	☐ 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)

RM707 22.06.2020 27830534_(07.20)

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? (Art und Umfang?)	☐ ja	☐ nein	
g.3) Bestehen Narben, Ulzera? (Art und Umfang?)	☐ ja	☐ nein	
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? (Seit wann? Umfang?)	☐ ja	☐ nein	
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:					

Bei abweichenden Blutwerten bitten wir um eine schriftliche Stellungnahme des behandelnden Arztes.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin