



### Ärztliches Zeugnis zur Pflegeergänzungsversicherung

(ab Eintrittsalter 66 und Beantragung einer Pflegeergänzungsversicherung)  
Die Kosten für die Erstellung des ärztlichen Zeugnisses bzw. die Kosten der Untersuchung trägt der/die Antragsteller/-in!

<b>Antragsteller/-in</b>	Name	Vorname
	_____	_____
	Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort
	_____	_____
	Geburtsdatum	derzeitige berufliche Tätigkeit
_____	_____	
Antragsdatum	Antrags-/Vers.-Nr.	
_____	_____	

<b>I. Erklärung des Antragstellers vor dem Hausarzt/der Hausärztin</b>	Der Arzt, der diese Untersuchung durchführt, ist mein Hausarzt seit _____ Monat/Jahr
	(Sofern Sie wegen Umzug oder ähnlichen Gründen den Arzt gewechselt haben, nennen Sie uns bitte Name und die vollständige Adresse Ihres bisherigen Hausarztes)
	Name des bisherigen Hausarztes
	Adresse des bisherigen Hausarztes
_____	_____

<b>Unterschriften</b>	Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin	Unterschrift/Stempel des Hausarztes/der Hausärztin
	_____	_____	_____

<b>II. Untersuchungsbefund für</b>	Name	Vorname	
	_____	_____	
	1. Haben Sie die Person innerhalb der letzten 3 Jahre untersucht, beraten oder behandelt? Falls ja, geben Sie bitte die Diagnosen und genauen Behandlungsdaten an.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Erläuterung der Befunde/Abweichungen		
	_____		
	_____		
	_____		
	2. Größe und Gewicht _____ cm _____ kg		
	3. Macht die Person einen physisch und psychisch gesunden Eindruck? Erläuterung der Befunde/Abweichungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____		
4. Ist das Reflexverhalten normal? Erläuterung der Befunde/Abweichungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
_____			
5. Finden sich Hinweise auf Krankheiten/Veränderungen:			
a) des Skelett- und Bewegungsapparates?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
b) der Sinnesorgane?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
c) des Nervensystems und der Psyche, z. B. von der Norm abweichende Verhaltens-/und Erlebnismuster?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
d) der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, z. B. Störung der Merkfähigkeit, der Konzentration, etc.? ggf. welche?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
_____			
e) Aktueller Funktionstest/Balancetest – nicht älter als 4 Wochen? – Liegt eine Gangstörung o. ä. vor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
f) der Gefäße? – Besteht ein postthrombotisches Syndrom – Sind die Fußpulse tastbar?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
g) des Immunsystems (z. B. HIV/AIDS)?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
h) der Nieren, der ableitenden Harnwege und des Darms? – Liegt eine Harn- und/oder Stuhlinkontinenz vor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Erläuterung der Befunde/Abweichungen			
_____			



- i) des Herzens/des Kreislaufs  ja  nein
- Puls in Ruhe (nach 10 Kniebeugen; Rückkehr zur Norm) |\_\_\_\_\_
  - Blutdruck in Ruhe (nach 10 Kniebeugen) |\_\_\_\_\_
  - Sind krankhafte Geräusche am Herzen feststellbar?  ja  nein
  - Besteht eine Arrhythmie?  ja  nein
  - Ist eine Herzvergrößerung/-verlagerung bekannt?  ja  nein
  - Bestehen Anzeichen einer Herzinsuffizienz?  ja  nein
  - Besteht Dyspnoe?  ja  nein
- Erläuterung der Befunde/Abweichungen
- |\_\_\_\_\_
- |\_\_\_\_\_

6. Benötigt Ihr Patient/Ihre Patientin Hilfsmittel (z. B. Gehhilfe, Stützkorsett, etc.) oder sind solche notwendig bzw. wurden solche empfohlen?  ja  nein  
ggf. welche?

|\_\_\_\_\_

|\_\_\_\_\_

7. Sonstiges  ja  nein  
Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde erhoben?  
ggf. welche?

|\_\_\_\_\_

|\_\_\_\_\_

|\_\_\_\_\_

8. Aktuelle Blutuntersuchung (nüchtern) – nicht älter als 4 Wochen  
(liegt bereits ein aktueller Laborbericht mit den unten angegebenen Laborwerten/Normwerten vor, genügt es, wenn dieser dem Ärztlichen Zeugnis beigelegt wird). Bei abweichenden Werten bitten wir um Erläuterung (Diagnose/Grund der Abweichung).

Laborwerte vom	Normwerte	Laborwerte vom	Normwerte
_____	_____	_____	_____
Leukozyten:		Gesamtcholesterin:	
_____	_____	_____	_____
Thrombozyten:		HDL-Cholesterin:	
_____	_____	_____	_____
Erythrozyten:		LDL-Cholesterin:	
_____	_____	_____	_____
Kreatinin:		Hämatokrit:	
_____	_____	_____	_____
Harnstoff:		Hämoglobin:	
_____	_____	_____	_____
Harnsäure:		SGOT:	
_____	_____	_____	_____
Blutzucker:		SGPT:	
_____	_____	_____	_____
Triglyceride:		GAMMA GT:	
_____	_____	_____	_____
PTT:		MCV:	
_____	_____	_____	_____

**Unterschriften** Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Hausarztes/der Hausärztin

|\_\_\_\_\_

|\_\_\_\_\_

