

Titel / Vorname / Name _____

Geburtsdatum _____

Straße / Hausnr. / PLZ / Wohnort _____

Bitte nur die angekreuzten Untersuchungen durchführen!

- Stufe 1:** Ärztliches Zeugnis mit HIV-Antikörper-Test (Honorarangebot 150 €, einschl. Kosten für HIV-Test), Laborwerte: Umfang siehe Seite 7
- Stufe 2:** zusätzlich Belastungs EKG (zusätzliches Honorar 50 €)

Die zu versichernde Person hat sich durch die Vorlage eines Personalausweises identifiziert. Identifikationsnummer _____

Die zu versichernde Person ist mit dem/r untersuchenden Arzt/Ärztin nicht verwandt und auch nicht verschwägert.

Ort, Datum _____

X
Unterschrift des/r untersuchenden Arztes/Ärztin (Vor- und Zuname)

Damit Ihr Versicherungsantrag ordnungsgemäß geprüft werden kann, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß, vollständig und möglichst detailliert beantworten.

Dazu gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.

Die aufgelisteten Beispiele unterhalb der Fragestellung erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Es kann vorkommen, dass Fragen bejaht werden müssen, obwohl die betreffenden Gesundheitsstörungen nicht in der Aufzählung enthalten sind.

Hier bitten wir um eine genaue Erläuterung anhand der in der jeweiligen Frage genannten Kriterien.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit großer Sorgfalt, vollständig und wahrheitsgemäß. Andernfalls kann Ihr Versicherungsschutz gefährdet sein.

Ort, Datum _____

X
Unterschrift der zu versichernden Person (Vor- und Zuname)

Teil I: Erklärung der zu versichernden Person vor dem Arzt

1. Bestanden jemals oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden

Mit "ja" beantwortete Fragen bitte im Anschluss an die Fragen an die zu versichernde Person auf Seite 4 und 5 oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen: 1) Welche, 2) Wann, 3) Häufigkeit, 4) Dauer, 5) Schweregrad, 6) Verlauf, 7) Untersuchungen, 8) Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), 9) behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

- a. des **Nervensystems, Gehirns, Rückenmarks?** nein
 ja
z. B. Seh-, Sprach-, Gefühlsstörungen, Multiple Sklerose, Parkinson, Gehirnentzündung, Schlaganfall, Gehirnblutung, Krampfanfälle, Schwindel, Ohnmacht, Lähmung, Spannungskopfschmerzen oder Migräne
- b. im Rahmen von **gut- oder bösartigen Erkrankungen (Krebs, auch Frühstadien)?** nein
 ja
z. B. Polypen, Adenome, Zysten, Hämangiom (Blutschwamm), Melanom (Hautkrebs), Basaliom, Darmkrebs, Muskel- oder Knochentumor (Sarkom), Lymphom, Gehirntumore, geschlechtsspezifische Tumore (Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Hoden, Prostata)
- c. im Rahmen von **Infektions- oder Autoimmunkrankheiten?** nein
 ja
z. B. HIV, Malaria, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, Lupus erythematodes, Sklerodermie (Bindegewebsverhärtung), Rheuma, Polyarthritits
- d. der **Psyche?** nein
 ja
z. B. Psychose, Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS, ADHS), posttraumatische Belastungsstörung, Angst- oder Zwangsstörung, Essstörung, Persönlichkeitsstörung, Burn-Out, Erschöpfung, psychosomatische oder somatoforme Störung

2. Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen? nein
 ja
Falls ja, wann? _____

3. Waren Sie jemals oder sind Sie derzeit bei Psychologen oder Psychotherapeuten in Behandlung? nein
 ja
Falls ja, wann und weshalb? Name und Anschrift des Behandlers?

4. Wurde Ihnen jemals von medizinischer Seite empfohlen, weniger Alkohol zu trinken bzw. das Trinken von Alkohol ganz aufzugeben oder wurden Sie wegen Alkoholkonsums beraten oder behandelt? nein
 ja
Falls ja, wann, von wem (Name und Anschrift des behandelnden Arztes)?

Nähere Erläuterungen:

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

5. Nahmen Sie **jemals** oder nehmen Sie **Drogen** (z. B. Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, Spice oder andere Modedrogen) oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt? nein
 ja
Falls ja, welche, wann, Name und Anschrift des/der beratenden/behandelnden Personen/Stellen?

6. Wurden Sie **jemals** oder werden Sie mit einer **Chemo- oder Strahlentherapie** behandelt? nein
 ja
Falls ja, wann, weshalb, Name und Anschrift des behandelnden Arztes?

7. Fanden **jemals Operationen (auch ambulante)** statt oder sind diese vorgesehen/empfohlen? nein
 ja
Falls ja, wann, weshalb, Kontrolluntersuchungen, Name und Anschrift des Arztes/der Klinik?

8. Sind Sie **jemals in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Sanatorien** untersucht oder behandelt worden oder sind solche derzeit ärztlicherseits empfohlen oder beabsichtigt? nein
 ja
Falls ja, wann, weshalb, Name und Anschrift des Instituts?

9. Haben Sie **jemals aus gesundheitlichen Gründen den Beruf oder den Arbeitsplatz gewechselt**? nein
 ja
Falls ja, wann und weshalb?

10. Beantragen, bezogen oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente oder Pension? nein
 ja
Falls ja, Art der Rente, von wem erhalten Sie diese, Zeitraum oder seit wann?

11. Besteht ein **Grad der Behinderung (GdB)** oder eine **Erwerbsminderung (MdE)** oder eine **Wehrdienstbeschädigung (WDB)**? nein
 ja
Falls ja, Angabe des Grades in % _____ Grund? _____
Alternativ kann auch eine Kopie des aktuellen Anerkennungsbescheides beigelegt werden.
12. **Bestanden in den letzten 10 Jahren oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden**
Mit "ja" beantwortete Fragen bitte im Anschluss an die Fragen an die zu versichernde Person auf Seite 4 und 5 oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen: 1) Welche, 2) Wann, 3) Häufigkeit, 4) Dauer, 5) Schweregrad, 6) Verlauf, 7) Untersuchungen, 8) Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), 9) behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.
- a. des **Herzens, des Kreislaufs** oder der **Gefäße**? nein
z. B. Durchblutungsstörungen des Herzens, Herzmuskelverdickung, Herzinfarkt, Herz- oder Herzklappenfehler (auch angeborene), Rhythmusstörungen, Herzleistungsschwäche, Hypertonie (erhöhter Blutdruck), Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine, Thrombose, Embolie, Synkope (Ohnmacht) ja
- b. der **Wirbelsäule, des Rückens, des Nackens**? nein
z. B. Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma, Wirbelgleiten, Scheuermann, Bechterew, Skoliose (Verkrümmung), Hexenschuss, Lumbalgie ja
- c. der **Knie-, Hüft-, Schulter-, Sprung- oder sonstiger Gelenke inkl. Sehnen** oder **Knochen** oder **Muskulatur**? nein
z. B. Meniskusverletzung, Fehlstellung, Arthrose (Gelenkabnutzung), Arthritis (Entzündung), Bandverletzung, Luxation (Verrenkung), Karpaltunnelsyndrom, Epicondylitis (Tennisarm), Fibromyalgie, Osteoporose ja
- d. des **Blutes, der blutbildenden Organe, der Milz**? nein
z. B. Anämie (Blutarmut), Thrombozytopenie (zu wenig Blutplättchen), Polyzythämie (zu viele rote Blutzellen), Leukämie (Blutkrebs), Gerinnungsstörung, Milzvergrößerung ja
- e. der **Atemwege**? nein
z. B. Asthma bronchiale, chronische oder obstruktive Bronchitis, Schlafapnoe, Emphysem, blutiger Auswurf ja
- f. der **Haut, Allergien** oder **Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten**? nein
z. B. Schuppenflechte, Ekzem, auffällige Muttermale, Neurodermitis, Urtikaria (Nesselsucht, Quincke-Ödem) Heuschnupfen ja
- g. der **Verdauungsorgane (Leber, Gallenblase/-wege, Magen, Darm)**? nein
z. B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallensteine, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrentzündung, Gastritis, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Nabel- oder Leistenbruch ja
- h. der **Harnorgane**? nein
z. B. Nieren-/Blasenentzündung, Harnröhrenverengung, Nieren- oder Harnsteinleiden, Auffälligkeiten im Urin (Eiweiß, Blut, Zucker) eingeschränkte Nierenfunktion ja

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

13. Haben Sie in den **letzten 10 Jahren Unfälle, Verbrennungen oder Vergiftungen** erlitten?
z. B. Schädel-Hirn-Trauma, Frakturen oder Verbrennungen mit Einschränkungen der Beweglichkeit oder Mobilität, Vergiftungen mit bleibenden Organschäden nein
 ja
14. Wurden bei Ihnen in den **letzten 10 Jahren diagnostische Untersuchungen**,
z. B. **Röntgen, Ultraschall, Magnetresonanz (MR), Computertomographie (CT), Kernspin, EKG, Echo, Doppler, Szintigraphie**
durchgeführt? nein
 ja
- Falls ja, wann, weshalb, warum, Name und Anschrift des untersuchenden Arztes?

15. Nahmen Sie in den **letzten 10 Jahren oder nehmen Sie regelmäßig** oder zusammenhängend über mehr als 4 Wochen Medikamente ein? nein
 ja
- Falls ja, wann, welche und weshalb?

16. **Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden**
- Mit "ja" beantwortete Fragen bitte im Anschluss an die Fragen an die zu versichernde Person auf Seite 4 und 5 oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen: 1) Welche, 2) Wann, 3) Häufigkeit, 4) Dauer, 5) Schweregrad, 6) Verlauf, 7) Untersuchungen, 8) Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), 9) behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.
- a. der **Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Eierstöcke, Brust, Hoden, Prostata)**? nein
z. B. auffälliger PAP, Ovarialzysten, Endometriose, Knoten in der Brust, Prostatavergrößerung, erhöhter PSA-Wert ja
- b. des **Stoffwechsels, des Hormonhaushaltes**? nein
z. B. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyzeride), Funktionsstörung der Schilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse (Hirnanhangsdrüse), Gicht ja
- c. der **Augen**? nein
z. B. grüner Star (erhöhter Augendruck), grauer Star, Fehlsichtigkeit (Hyperopie/Weitsichtigkeit, Myopie/Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Farbfehlsichtigkeit), refraktive Chirurgie (LASIK), Netzhautablösung/-erkrankung, Gesichtsfeldeinschränkung ja
- Falls ja: Bei Fehlsichtigkeit bitte Angabe der Dioptrien, bei Astigmatismus zusätzlich Angabe Cylinder, bei Augenerkrankungen zusätzlich den Visus angeben
- | | | |
|-----------|-----|-----|
| Dioptrien | re. | li. |
| Cylinder | re. | li. |
| Visus | re. | li. |
- Sofern Brillenpass vorhanden, bitte Kopie beilegen.
- d. des **Halses, der Nase, der Ohren**? nein
z. B. Schwerhörigkeit, Ohrgeräusche (Tinnitus), Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, chronische Nasennebenhöhlenentzündung, chronische Heiserkeit ja
17. Waren Sie in den **letzten 3 Jahren** länger als 14 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig? nein
 ja
- Falls ja, wann, weshalb, Dauer? Bei Krankschreibung bitte Angabe des Arztes/der Klinik (Name und Anschrift):

18. Bestehen oder bestanden bei Ihnen innerhalb der **letzten 3 Jahre wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen**? nein
z. B. Schlafstörungen, Angst-, Überlastungs-, Überforderungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebschwäche ja
- Falls ja, bitte Erläuterung der Befindlichkeitsstörungen. Sofern bereits Beratungen oder Untersuchungen durchgeführt wurden, bitten wir um nähere Angaben hierzu (inkl. Name und Anschrift der beratenden/behandelnden Personen):

19. Waren Sie innerhalb der **letzten 3 Jahre oder sind Sie derzeit bei Heilpraktikern, Krankengymnasten/Physiotherapeuten** - außer den in den bisherigen Fragen bereits Genannten - zur Untersuchung, Beratung, Behandlung? nein
 ja
- Falls ja, wann, weshalb, Name und Anschrift des Behandlers?

20. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten Nikotin (z.B. Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeifen, e-Zigaretten, e-Zigarren, e-Shishas, Nikotinkaugummi, Nikotinpflaster)** konsumiert? nein
 ja
- Hierzu zählt auch das **einmalige** Konsumieren in den letzten 12 Monaten
- Falls ja, wie viel täglich? _____
- Bei Gelegenheitsrauchern:
Wie oft und wie viel in den letzten 12 Monaten? _____

Teil II: Untersuchungsbefund

Mit "ja" beantwortete Fragen bitte jeweils nach der Frage oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen: 1) Welche, 2) Wann, 3) Häufigkeit, 4) Dauer, 5) Schweregrad, 6) Verlauf, 7) Untersuchungen, 8) Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), 9) behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

1. Haben Sie die zu versichernde Person in den letzten 10 Jahren **bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt**? nein
 ja

Falls ja, wann und weshalb? Welche Befunde wurden erhoben?
 Bitte ggf. Facharztbefunde beilegen.

2. **Untersuchung (bitte nur heute in der Praxis gemessene Werte eintragen)**

Gewicht _____ kg

Größe _____ cm

Bauchumfang _____ cm

3. **Herzauskultation und Blutdruckmessung**

nein

ja

- a. Auskultation der Herztöne: Pathologische Herzgeräusche/-töne?

Falls ja, bitte kurze Beschreibung.

Halten Sie zur Abklärung dieses Befundes eine Echokardiographie für sinnvoll?

nein

ja

- b. Blutdruck und Pulsfrequenz:

Bei Erhöhung von Puls oder Blutdruck bitte zweite Messung am Ende der Untersuchung

	Pulsschläge je Minute	Davon Extraschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.
Erste Messung linke Seite				
Erste Messung rechte Seite				
Ggf. zweite Messung linke Seite				
Ggf. zweite Messung rechte Seite				

Wurden die Werte unter Einnahme blutdrucksenkender Medikamente gemessen?
 Ggf. welche?

nein

ja

Falls bekannt, welche Blutdruckwerte wurden in den letzten 12 Monaten gemessen?

Datum	Blutdruck mm Hg. systol.	Blutdruck mm Hg. diastol.	Datum	Blutdruck mm Hg. systol.	Blutdruck mm Hg. diastol.	Datum	Blutdruck mm Hg. systol.	Blutdruck mm Hg. diastol.

4. **Welche weiteren auffälligen Befunde haben Sie während der körperlichen Untersuchung bei der zu versichernden Person festgestellt?**

- a. Herz-Kreislauf:
 z. B. Herzinsuffizienzzeichen, Zyanosen, Lymphknoten, Varizen? nein
 ja

- b. Atmungsorgane:
 z. B. Auskultations-, Perkussionsbefunde? nein
 ja

- c. Verdauungsorgane:
 z. B. Palpationsbefunde, Leber-/Milzgröße, Hernie? nein
 ja

- d. Harn- und Geschlechtsorgane:
 z. B. Klopferschmerzhaftigkeit der Nierenlager? nein
 ja

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

- e. Haut und Schleimhäute:
z. B. ausgedehnte Narben, Ikterus, Geschwüre, Pigmentanomalien, Einstichstellen? nein
 ja
- f. Sinnesorgane:
z. B. herabgesetzte Sehkraft, Hörvermögen, Nystagmus, Pupillen nein
 ja
- g. Nervensystem:
z. B. Reflexanomalien, Lähmungen, Spastik, Ganganomalien, Parästhesien, Hirnnerven? nein
 ja
- h. Bewegungsapparat:
z. B. Fehlstellungen, eingeschränkte Gelenkbewegungen, Arthritis, Skoliose, Prothesen, Orthesen? nein
 ja
- i. Sonstiges:
z. B. Auffälligkeiten in der Sprache, Verhalten, Psyche? nein
 ja
- Wenn ja, welche?

5. Aktuelle Laboruntersuchungen (mit Datumsangabe)

a. Urinuntersuchung: Ergebnis des Streifentests

Leukozyten _____	Keton _____
Nitrit _____	Urobilinogen _____
Ph-Wert _____	Bilirubin _____
Protein _____	Blut _____
Glucose _____	Haemoglobin _____

b. Blutuntersuchungen

STUFE 1 Bis 49 Jahre	HIV-Test Kleines Blutbild: Ery, Hb, Hkt, MCH, MCHC, MCV, Leuko, Thomb GGT GPT Cholesterin HDL Triglyceride Kreatinin NBZ oder HbA1c Urin-Stick BKS
STUFE 2 Ab 50 Jahre	Alle Untersuchungen der STUFE 1 plus: Belastungs-EKG mit Befundung und EKG-Streifen

6. Der Arzt kann dem Untersuchten auffällige Befunde mitteilen.

Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?

Das Honorar ist zu überweisen auf:

IBAN	BIC
_____	_____

Ort, Datum _____ **X** _____
Stempel und Unterschrift des Arztes (Vorname/Name)

Für die Risikobeurteilung sind auch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb bitten wir Sie, dem Untersuchten **AUFFÄLLIGE 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.

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

Fragebogen prädiktive-genetische Beratungen oder Testuntersuchungen

Nur bei einer beantragten **Versicherungssumme > 300.000 €** oder einer **Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsjahresrente von > 30.000 €** zu beantworten:

Erfolgt **prädiktive-genetische Beratungen** oder **Testuntersuchungen**?

nein

ja

Erläuterung:

Ein prädiktiver Gentest ist eine genetische Untersuchung mit dem Ziel der Abklärung einer erst zukünftig auftretenden Erkrankung oder gesundheitlichen Störung.

Ferner kann der prädiktive Gentest auch (z. B. bei Kinderwunsch) mit dem Ziel der Abklärung einer Anlageträgerschaft für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen bei Nachkommen durchgeführt werden. (§ 3 Nr. 8 GenDG)

Falls ja, wann und mit welchem Befund?

Falls ja, bitte Angabe des Arztes/des durchführenden Institutes/der Klinik:

Name und Anschrift:

Die Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben in diesem Fragebogen und dem/den genannten Zusatzblatt/-blättern.

X

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person (Vor- und Zuname)