

Ärztliches Zeugnis

| | | | |
|---------------------|--|------------|---------|
| über Herrn/Frau | geborene/r | Vorname/-n | geb. am |
| Versicherungsnummer | Beruf (Genaue Angaben über die Tätigkeit) | | |
| Wohnort | Straße und Haus-Nr. | | |

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsvertrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Lebensversicherung von 1871 a.G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München, schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines Rückkaufwertes, falls ein solcher vorhanden und/oder vereinbart ist.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrenumstände, wenn auch zu andern Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrenabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrenumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

I. Erklärung vor der Ärztin / dem Arzt

Hinweis an die versicherte Person: Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gem. § 19 Abs. 5 VVG auf der ersten Seite dieses Fragebogens.

Wir bitten die Ärztin/den Arzt, jede Frage einzeln zu stellen und mit nein oder ja zu beantworten. Bei : Zutreffendes bitte ankreuzen

| | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|---|
| <p>1. a) Sind Sie in Ihrem Beruf, in der Freizeit oder beim Sport besonderen Gefahren ausgesetzt?</p> | <p>Nein Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>Welchen?</p> | | |
| <p>2. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? (Das bei den Einzelangaben Zutreffende bitte unterstreichen und rechts erläutern.)</p> <p>a) des Herzens oder der Kreislauforgane z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie?</p> <p>b) der Atmungsorgane, z. B. Tuberkulose, Lungenentzündung, Rippen-(Brust)felleentzündungen, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma, Emphysem?</p> <p>c) der Verdauungsorgane, z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmlutungen, Darmentzündung, Leberleiden, erhöhte Leberwerte, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse?</p> <p>d) der Niere, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane z. B. Nierensteine, -koliken, Nierenentzündung, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostataentzündung oder -vergrößerung?</p> <p>e) des Gehirns, Rückenmarks oder der Nerven z. B. Multiple Sklerose, Lähmungen, Epilepsie, Krampfanfälle, Gleichgewichtsstörungen, ärztlich behandelte Kopfschmerzen?</p> <p>f) der Psyche z. B. Angststörung, Depression, psychosomatische Störungen, Magersucht, Bulimie, Schlafstörungen, Erschöpfungszustände, Stress-Syndrom, Burn-out-Syndrom?</p> <p>g) der Augen, z. B. Herabsetzung der Sehschärfe, Gesichtsfeld, Augendruck? Dioptrienzahl? links _____ rechts _____</p> <p>h) der Ohren, z. B. Tinnitus, Mittelohrerkrankungen, Hörsturz, Ohrenfluss, Schwerhörigkeit?</p> <p>i) der Haut, der Drüsen, der Milz, des Blutes; Allergien?</p> <p>k) des Stoffwechsels z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Harnsäureerhöhung, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse?</p> <p>l) Blut- oder Tumorerkrankungen z. B. Krebs, Leukämie, Melanom, Geschwülste, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Darmpolypen?</p> <p>m) der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Bänder z. B. Bandscheibenschaden, Hexenschuss, Skoliose, ärztlich behandelte Rückenschmerzen, Knochenbrüche, Meniskusverletzungen, Bänderriss, Gelenkentzündung, ärztlich festgestellter Gelenkverschleiß, Sehnenentzündung, Rheuma, Bechterew-Krankheit?</p> <p>n) akute oder chronische Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten, z. B. Malaria?</p> <p>o) Bei Frauen: Erkrankungen der weiblichen Organe? Besteht eine Risikoschwangerschaft? In welchem Monat? _____ Sind evtl. vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen?</p> <p>3. Haben Sie einen Gentest durchführen lassen? (Falls vorhanden, bitte in einem geschlossenen Umschlag an den "Ärztlichen Dienst" senden. Alternativ geben Sie uns bitte die Anschrift des Heilbehandlers oder des Institutes an!)</p> | <p>Nein Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>wenn ja, welche? ICD-10-Code?</p> | <p>wann, wie oft? wie lange?</p> | <p>Behandelnde Ärzte/ Heilbehandler (mit Anschrift)</p> |

Eine vollständige und ausführliche Beantwortung dieser Fragen erspart Rückfragen und beschleunigt damit die Bearbeitung des Antrages.

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | Nein | Ja | Wann? Weshalb? Welche? ICD-10-Code? | Behandelnde Ärzte/Heilbehandler mit Anschrift |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--|
| 4. a) Sind Sie mit Medikamenten, z.B. Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt worden? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| b) Nahmen oder nehmen Sie Drogen oder andere Betäubungsmittel? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| c) Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren geraucht? Was? Wie lange? Wie viel täglich? Wann haben Sie aufgehört? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| d) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? Welche? Wie viel (durchschnittlich pro Tag)? War die Menge in den letzten 10 Jahren höher? Welche? Warum? Wie hoch (durchschnittlich pro Tag)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| e) Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen? Wann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 5. a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welcher Art? Welche Folgen bestehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| b) Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension? Von welcher Stelle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| c) Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz eine Erwerbsminderung? Grad der Behinderung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 6. a) Sind Sie operiert worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| b) Ist eine Operation vorgesehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| c) Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 7. a) Wurden Sie mit Röntgen, Kernspin, CT oder mit Sonographie untersucht? Ergebnis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| b) Wurde früher ein Elektrokardiogramm aufgenommen? Ergebnis? (Falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht bitte einsenden.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| c) Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt? (positiver AIDS-Test)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 9. a) Haben andere Heilbehandler (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Psychologe, Physiotherapeut), außer den bereits genannten, Sie untersucht, beraten oder behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| b) Sind Sie in Krankenhäusern, Sanatorien oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 10. a) Haben Sie neben dem untersuchenden Arzt einen weiteren Heilbehandler, welchen Sie gewöhnlich für sich in Anspruch nehmen (Hausarzt)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Name, Anschrift des Heilbehandlers | Wann? Weshalb? |
| b) Haben Sie zuletzt einen anderen Arzt beansprucht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

Ich ermächtige die Lebensversicherung von 1871 a.G. München, den diese Untersuchung vornehmenden Arzt / Ärztin zur Überprüfung meiner vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen und entbinde ihn / sie von seiner / ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung Bestandteil meines Antrages / Angebotsanfrage ist und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Unterschrift der zu versichernden Person

Datum

Arztstempel

Unterschrift des Arztes

II. Untersuchungsbefund

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|-------------|-----------------------|--------------------------------|-------------|---------|-------|-------|-------|----------------|-------|-------|-------|-------------------|-------|--|--|------------------------|-------|--|--|
| <p>Sind Sie mit der zu untersuchenden Person verheiratet, verwandt, verschwägert oder sonst in persönlicher Beziehung stehend? (Falls zutreffend, darf die Untersuchung nicht vorgenommen werden.)</p> <p>Haben Sie sie bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt? Wann und weshalb?</p> | <p>Nein Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1. a) Gewicht ohne Kleidung: _____ kg Größe ohne Schuhe: _____ cm</p> <p>b) Macht die zu untersuchende Person einen altersentsprechenden, gesunden und frischen Eindruck?</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>Umfang des Brustkorbes: _____ cm des Halses: _____ cm des Leibes: _____ cm</p> <p><input type="checkbox"/> adipös, <input type="checkbox"/> gut genährt, <input type="checkbox"/> mager? (Zutreffendes ankreuzen)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2. Halten Sie Skelett und Bewegungsapparat für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3. Halten Sie Haut und Schleimhäute für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>4. Halten Sie die Sinnesorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>5. Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund, insbesondere verhalten sich die Reflexe (Pupillenreaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflexe, Romberg) normal? Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>6. Halten Sie das Hormonsystem - insbesondere die Schilddrüse - für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>7. Herz und Kreislauf</p> <p>a) Besteht perkutorisch ein Anhalt für eine Herzvergrößerung? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b) Sind die Herztöne rein und normal betont? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c) Bestehen Geräusche? Welche? Wo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d) Sind die Geräusche organisch? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>e) Blutdruck und Pulsfrequenz:</p> <p>f) Ist der Puls in Ruhe und nach Belastung gleich- und regelmäßig? Wenn nicht, worin bestehen die Abweichungen? Bei Extrasystolen: Wie viele in der Minute in Ruhe und nach Belastung? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>g) Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen? (Atemnot, Cyanose, Ödeme) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>h) Sind Krampfaderen vorhanden? (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>i) Können Sie noch zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen? Welche Erkrankung liegt vor? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>Ausmaß:</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Pulsschläge je Minute</td> <td>Blutdruck in mm Hg. systolisch</td> <td>diastolisch</td> </tr> <tr> <td>in Ruhe</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>nach Belastung</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Art der Belastung</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> <tr> <td>Kontrolle nach Minuten</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> </table> | | Pulsschläge je Minute | Blutdruck in mm Hg. systolisch | diastolisch | in Ruhe | _____ | _____ | _____ | nach Belastung | _____ | _____ | _____ | Art der Belastung | _____ | | | Kontrolle nach Minuten | _____ | | |
| | Pulsschläge je Minute | Blutdruck in mm Hg. systolisch | diastolisch | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| in Ruhe | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nach Belastung | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art der Belastung | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kontrolle nach Minuten | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>8. Atmungsorgane</p> <p>a) Besteht Heiserkeit? Husten? Seit wann? Ursache? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b) Ist die Form und Wölbung des Brustkorbs o. B? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c) Ist das Ergebnis der Perkussion und Auskultation o. B? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d) Halten Sie die Atmungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>9. Verdauungsorgane</p> <p>a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Rachen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b) Ist das Ergebnis der Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauches o. B.? (Magen, Leber, Gallenblase, Pankreas, Milz, Darm) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c) Halten Sie die Verdauungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | Nein | Ja | |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 10. Harn- und Geschlechtsorgane | | | |
| a) Harnuntersuchung: | | | |
| Wurde der Harn in Ihren Praxisräumen entleert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Enthält der Harn: | | | Eiweiß? _____ Erythrozyten? _____ |
| | | | Zucker? _____ Leukozyten? _____ |
| b) Halten Sie die Harn- und Geschlechtsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c) Bei Frauen: Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der weiblichen Organe? Wenn ja, auf welches Leiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Sonstiges | | | |
| Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde (z. B. Drüsenanschwellungen) erhoben? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

12. a) Der Arzt kann dem Untersuchten krankhafte Befunde mitteilen. Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?

b) Die Untersuchung fand statt um _____ Uhr in meinem Sprechzimmer in der Wohnung des Untersuchten

13. Zusätzlich benötigen wir noch folgende Untersuchungen:

- | | | |
|-------------------|-------------------------|---------------------------------|
| Ruhe-EKG | - Gesamtcholesterin | |
| Labor | - HDL-Cholesterin | |
| - großes Blutbild | - Triglyceride | ab Lebensalter 50 Jahre: |
| - BKS | - Serum-Kreatinin | - NT-proBNP-Wert |
| - GPT | - Blutzucker (nüchtern) | |
| - Gamma-GT | oder HbA1c-Wert | |
| | - HIV-Test | |

14. Bemerkungen

Wir bieten Ihnen für diese Untersuchung ein Honorar von 50 Euro an. Für die zusätzlichen Untersuchungen vergüten wir 100 Euro. Für den NT-proBNP-Wert vergüten wir zusätzlich 30 EUR.

Die Überweisung

des Gesamthonorars von 50 Euro Honorar für diese Untersuchung (Labor und EKG wird separat abgerechnet)

soll auf folgendes Konto erfolgen:

| | |
|--|--------------------|
| IBAN | |
| DE _____ _____ _____ _____ _____ | |
| BIC* | Kreditinstitut/Ort |

* Hinweis: Ab 1.2.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn der IBAN mit DE beginnt.

Mit der Weitergabe dieses Berichtes und ggf. der Anlagen an den Untersuchten/die Untersuchte bin ich einverstanden. ja nein

_____ Ort, _____ den, _____ Stempel und Unterschrift des Arztes

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