

Beiblatt zum ärztlichen Befundbericht (ohne Untersuchung)

Name		Vorname	Geburtsdatum
PLZ	Wohnort	Straße und Hausnummer	

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben einen Versicherungsschutz beantragt oder eine unverbindliche Anfrage auf Versicherungsschutz gestellt.

Für die Risikobeurteilung ist ein Ärztlicher Befundbericht (ohne Untersuchung) Ihres Hausarztes erforderlich.

Bitte lassen Sie von Ihrem Hausarzt den ärztlichen Befundbericht mit einer Aufstellung aller Erkrankungen auf Grundlage seiner Patientenkartei erstellen.

Eine aktuelle Untersuchung ist nicht erforderlich.

Die Beantwortung soll sich – abhängig vom beantragten oder angefragten Versicherungsschutz – auf folgende Zeiträume beziehen:

- Berufsunfähigkeits- Erwerbsunfähigkeits-, Pflege- oder Risikoversicherungen:
 - ärztliche oder therapeutische Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen in den letzten 5 Jahren
 - Operationen, psychotherapeutische oder stationäre Behandlungen in den letzten 10 Jahren
- Existenzversicherungen
 - ärztliche oder therapeutische Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen, die derzeit stattfinden oder in den letzten 5 Jahren stattgefunden haben
 - ärztliche oder therapeutische Maßnahmen, die in den kommenden 12 Monaten angeraten oder geplant sind
 - bestehende dauerhafte oder wiederkehrende Einschränkungen der körperlichen oder geistigen Funktionen

Bitte beachten Sie, dass wir die Kosten für den Ärztlichen Befundbericht nicht im Rahmen von Vorabanfragen übernehmen.

Sie haben keinen Hausarzt? Dann kontaktieren Sie uns bitte.

Ärztlicher Befundbericht ohne Untersuchung

(Ihnen evtl. vorliegende Facharztberichte oder Entlassungsberichte fügen Sie bitte zur Einsichtnahme bei.)

Bitte zurücksenden an:

Krankenbericht über:

VOLKSWOHL BUND
Lebensversicherung a.G.
Antragsabteilung

44128 Dortmund

Vorgeschichte _____

Befund: Allgemeinzustand _____

_____ Gewicht _____ Größe _____

Kopf und Sinnesorgane _____

Thorax _____

_____ Puls _____ RR _____

Bauchorgane _____

Leber _____

WS, Extr. u. ZNS _____

Diagnosen _____

Laborwerte (sofern vorhanden) _____

Derzeitige Therapie _____

Besondere Bemerkungen _____

Ort und Datum

Arzt-Stempel und Unterschrift