

Ärztliches Zeugnis über

Name (Bei Frauen auch Geb.-Name)	Vorname(n)	Geb.-Datum
Anschrift	Derzeitige Tätigkeit/Beruf	Antrags-/Anfrage-Nr.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen direkt an uns senden.

I. Fragen an den Arzt		
Zutreffendes bitte ankreuzen!		
1. Haben Sie sich von der Identität der zu untersuchenden mit der vorstehend genannten Person überzeugt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, wodurch?
2. Sind Sie mit der zu untersuchenden Person verwandt oder verschwägert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Haben Sie die zu untersuchende Person bereits früher untersucht, beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, wann und weshalb? Welche Befunde wurden erhoben? Bitte ggf. Facharztbefunde beilegen.

II. Erklärung der zu versichernden Person vor dem Arzt – Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und mit **nein** oder **ja** zu beantworten.

1. Bestanden jemals oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden		Falls ja, welche?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift
a) des Nervensystems, Gehirns, Rückenmarks? z. B. Seh-, Sprach- Gefühlsstörungen, Multiple Sklerose, Parkinson, Gehirnentzündung, Schlaganfall, Gehirnblutung, Krampfanfälle, Schwindel, Ohnmacht, Lähmung, Spannungskopfschmerzen oder Migräne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
b) im Rahmen von gut- oder bösartigen Erkrankungen (Krebs, auch Frühstadien)? z. B. Polypen, Adenome, Zysten, Hämangiom (Blutschwamm), Melanom, Basaliom (Hautkrebs), Darmkrebs, Muskel- oder Knochentumor (Sarkom), Lymphom, Gehirntumore, geschlechtsspezifische Tumore (Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Prostata)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
c) im Rahmen von Infektions- oder Autoimmunkrankheiten? z. B. HIV, Malaria, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, Lupus erythematodes, Sklerodermie (Bindegewebsverhärtung), Rheuma, Polyarthritis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
d) der Psyche? z. B. Psychose, Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS, ADHS), posttraumatische Belastungsstörung, Angst- oder Zwangsstörung, Essstörung, Persönlichkeitsstörung, Burn-Out, Erschöpfung, psychosomatische oder somatoforme Störung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
2. Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, wann?		
3. Waren Sie jemals oder sind Sie derzeit bei Psychologen oder Psychotherapeuten in Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, weshalb?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift

Zutreffendes bitte ankreuzen!

4. a) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? b) 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 ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, in welchem Umfang?		
		Falls ja, bitte nähere Erläuterungen	Wann?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift
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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, welche?	Wann?	Behandelnde/beratende Personen/Stellen mit Anschrift
6. Wurden Sie jemals oder werden Sie mit einer Chemo- oder Strahlentherapie behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, weshalb?	Wann?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift
7. Fanden jemals Operationen (auch ambulante) statt oder sind diese vorgesehen /empfohlen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, weshalb? Kontrolluntersuchungen?	Wann?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift
8. Sind Sie jemals in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Sanatorien untersucht oder behandelt worden oder sind solche derzeit ärztlicherseits empfohlen oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, weshalb?	Wann?	Name und Anschrift des Instituts
9. Haben Sie jemals aus gesundheitlichen Gründen den Beruf oder den Arbeitsplatz gewechselt ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, weshalb?	Wann?	
10. Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, welche?		
11. Beantragen, bezogen oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente oder Pension?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, Art der Rente, von wem erhalten Sie diese, Zeitraum oder seit wann?		
12. Besteht ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Erwerbsminderung (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, weshalb?		Angabe des Grades in %
13. Bestanden in den letzten 10 Jahren oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden		Falls ja, welche?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift
a) des Herzens, des Kreislaufs oder der Gefäße? z. B. Durchblutungsstörungen des Herzens, Herzmuskelverdickung, Herzinfarkt, Herz- oder Herzklappenfehler (auch angeborene), Rhythmusstörungen, Herz- Leistungsschwäche, Hypertonie (erhöhter Blutdruck), Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine, Thrombose, Embolie, Synkope (Ohnmacht)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
b) der Wirbelsäule, des Rückens, des Nackens? z. B. Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma, Wirbelgleiten, Scheuermann, Bechterew, Skoliose (Verkrümmung), Hexenschuss, Lumbalgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Zutreffendes bitte ankreuzen!

<p>c) der Knie-, Hüft-, Schulter-, Sprung- oder sonstiger Gelenke inkl. Sehnen oder Knochen oder Muskulatur? z. B. Meniskusverletzung, Fehlstellung, Arthrose (Gelenkabnutzung), Arthritis (Entzündung), Bandverletzung, Luxation (Verrenkung), Karpaltunnelsyndrom, Epicondylitis (Tennisarm), Fibromyalgie, Osteoporose</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<p>d) des Blutes, der blutbildenden Organe, der Milz? z. B. Anämie (Blutarmut), Thrombozytopenie (zu wenig Blutplättchen), Polyzythämie (zu viele rote Blutzellen), Leukämie (Blutkrebs), Gerinnungsstörung, Milzvergrößerung</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<p>e) der Atemwege? z. B. Asthma bronchiale, chronische oder obstruktive Bronchitis, Schlafapnoe, Emphysem, blutiger Auswurf</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<p>f) der Haut, Allergien oder Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten? z. B. Schuppenflechte, Ekzem, auffällige Muttermale, Neurodermitis, Urtikaria (Nesselsucht, Quincke-Ödem), Heuschnupfen</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<p>g) der Verdauungsorgane (Leber, Gallenblase- / wege, Magen, Darm)? z. B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallenstein, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenentzündung, Gastritis, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Nabel- oder Leistenbruch</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<p>h) der Harnorgane? z. B. Nieren-, Blasenentzündung, Harnröhrenverengung, Nieren- oder Harnsteinleiden, Auffälligkeiten im Urin (Eiweiß, Blut, Zucker), eingeschränkte Nierenfunktion</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<p>14. 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.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, welche?	Wann?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift
<p>15. Wurden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren diagnostische Untersuchungen durchgeführt? z.B.: Röntgen, Ultraschall, Magnetresonanz (MR), Computertomographie (CT), Kernspin, EKG, Echo, Doppler, Szintigraphie</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, weshalb?	Wann?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift
<p>16. Nahmen Sie in den letzten 10 Jahren oder nehmen Sie regelmäßig oder zusammenhängend über mehr als 4 Wochen Medikamente ein?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, weshalb?	Wann?	Welche Medikamente?
<p>17. Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden</p>		Falls ja, welche?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift
<p>a) der Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Eierstöcke, Brust, Prostata)? z. B. auffälliger PAP, Ovarialzysten, Endometriose, Knoten in der Brust, Prostatavergrößerung, erhöhter PSA-Wert</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<p>b) des Stoffwechsels, des Hormonhaushaltes? z. B. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyzeride), Funktionsstörung der Schilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse (Hirnanhangdrüse), Gicht</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Zutreffendes bitte ankreuzen!

c) des Halses, der Nase, der Ohren? z. B. Schwerhörigkeit, Ohrgeräusche (Tinnitus), Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, chronische Nasennebenhöhlenentzündung, chronische Heiserkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
d) der Augen? z. B. grüner Star (erhöhter Augendruck), grauer Star, Fehlsichtigkeit (Hyperopie / Weitsichtigkeit, Myopie / Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Farbfehlsichtigkeit), refraktive Chirurgie (LASIK), Netzhautablösung / -erkrankung, Gesichtsfeld Einschränkung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja: Bei Fehlsichtigkeit bitte Angabe der Dioptrien, bei Astigmatismus zusätzlich Angabe Cyl., bei Augenerkrankungen zusätzlich den Visus angeben	Dioptrien Cyl Visus	rechts _____ links _____ rechts _____ links _____ rechts _____ links _____
18. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 14 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, weshalb?	Wann?	Bei Krankschreibung Behandelnde Ärzte / Klinik mit Anschrift
19. Bestehen oder bestanden bei Ihnen innerhalb der letzten 5 Jahre wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen? z. B. Schlafstörungen, Angst-, Überlastungs-, Überforderungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebsschwäche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, bitte Erläuterung der Befindlichkeitsstörungen		Name und Anschrift der beratenden / behandelnden Personen
20. Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre oder sind Sie derzeit bei Heilpraktikern, Krankengymnasten / Physiotherapeuten – außer den in den bisherigen Fragen bereits Genannten – zur Untersuchung, Beratung, Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, weshalb?	Wann?	Name und Anschrift des Behandlers
21. Haben Sie in den letzten 24 Monaten Nikotin konsumiert? (z.B. Zigaretten, Zigarre, Pfeife, E-Zigarette, E- Pfeife, Nikotinplaster/ -kaugummi) Hierzu zählt auch das einmalige Konsumieren in den letzten 24 Monaten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, Wie viel täglich?		Bei Gelegenheitsrauchern: Wie oft und wie viel in den letzten 24 Monaten?
22. Welchen Arzt suchen Sie gewöhnlich auf?	Wann? Weshalb?		Name und Anschrift des Arztes	
23. Welchen Arzt haben Sie zuletzt aufgesucht?	Wann? Weshalb?		Name und Anschrift des Arztes	
Die Fragen 24 und 25 sind nur dann zu beantworten, wenn die Gesamtversicherungssumme den Betrag von 300.000,- Euro oder bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung oder der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung die Gesamtjahresrente von 30.000,- Euro übersteigen soll.				
24. Ist Ihnen bekannt, ob bei Ihren leiblichen Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Kindern Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Parkinson- Krankheit, Zystennieren, Demenz, Multiple Sklerose, Schizophrenie oder Depression aufgetreten sind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, welche Erkrankungen und in welchem Alter? (KEINE Nennung der Person wegen Datenschutz)		
25. Sind bei Ihnen jemals prädikative Gentests* durchgeführt worden? (* = Untersuchung bei einem Gesunden, um festzustellen, ob eine Veranlagung für bestimmte Erkrankungen besteht)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja: Bitte schicken Sie das Testergebnis in einem gesonderten Briefumschlag per Einschreiben – Gebühr zahlt Empfänger – an die Münchener Verein Lebensversicherung AG, „z. Hd. des Gesellschaftsarztes“. Es ist sichergestellt, dass das Testergebnis nur für die Risikoprüfung der zu versichernden Person verwendet und alsdann in einem besonders gesicherten Archiv aufbewahrt wird.		

Wir bitten Sie, sich von dem untersuchenden Arzt über die besondere Bedeutung des HIV-Testes aufklären zu lassen und gleichzeitig mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift Ihr Einverständnis zur Durchführung des Tests sowie zur Weitergabe des Testergebnisses ausschließlich an unseren medizinischen Sachverständigen zu erklären.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages / meiner Versicherungsanfrage bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum _____ **X** Unterschrift der zu versichernden Person

Vorstehende Erklärung ist in meiner Gegenwart beantwortet und unterschrieben worden.

_____ **X** Stempel und Unterschrift des Arztes

III. Untersuchungsbefund		Zutreffendes bitte ankreuzen!						
<p>1. a) Gewicht ohne Kleidung: _____ kg</p> <p>Größe ohne Schuhe: _____ cm</p>		<p>Umfang des Brustkorbes: eingeatmet: _____ cm</p> <p>ausgeatmet: _____ cm</p> <p>des Halses: _____ cm</p> <p>des Leibes: _____ cm</p>						
<p>b) Macht die zu untersuchende Person einen altersentsprechenden, gesunden und frischen Eindruck?</p>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> fett, <input type="checkbox"/> gut genährt, <input type="checkbox"/> mager? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)					
<p>2. Herzauskultation und Blutdruckmessung</p> <p>a) Auskultation der Herztöne: Pathologische Herzgeräusche / -töne?</p> <p>Halten Sie zur Abklärung dieses Befundes eine Echokardiographie für sinnvoll?</p>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<p>Falls ja, bitte kurze Beschreibung</p>					
<p>b) Blutdruck und Pulsfrequenz: Bei Erhöhung von Puls oder Blutdruck bitte zweite Messung am Ende der Untersuchung</p>		<p>Pulsschläge je Minute</p>	<p>Davon Extraschläge je Minute</p>	<p>Blutdruck in mm Hg. / systol.</p>	<p>Blutdruck in mm Hg. / diastol.</p>			
Erste Messung linke Seite								
Erste Messung rechte Seite								
Ggf. zweite Messung linke Seite								
Ggf. zweite Messung rechte Seite								
<p>Wurden die Werte unter Einnahme blutdrucksendender Medikamente gemessen?</p>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<p>Falls ja, welche?</p>					
<p>c) Falls bekannt, welche Blutdruckwerte wurden innerhalb der letzten 12 Monate gemessen?</p>								
Datum	Blutdruck in mm Hg. / systol.	Blutdruck in mm Hg. / diastol.	Datum	Blutdruck in mm Hg. / systol.	Blutdruck in mm Hg. / diastol.	Datum	Blutdruck in mm Hg. / systol.	Blutdruck in mm Hg. / diastol.
<p>3. Welche weiteren auffälligen Befunde haben Sie während der körperlichen Untersuchung bei der zu versichernden Person festgestellt?</p>						<p>Falls ja, welche?</p>		
<p>a) Herz-Kreislauf: z.B. Herzinsuffizienzzeichen, Zyanosen, Lymphknoten, Varizen?</p>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
<p>b) Atmungsorgane: z.B. Auskultations-, Perkussionsbefunde?</p>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
<p>c) Verdauungsorgane: z.B. Palpationsbefunde, Leber- Milzgröße, Hernie?</p>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

Zutreffendes bitte ankreuzen!

d) Harn- und Geschlechtsorgane z.B. Klopferschmerzhaftigkeit der Nierenlager? Harnuntersuchung: Ergebnis des Streifen-tests	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leukozyten _____ Keton _____ Nitrit _____ Urobilinogen _____ Ph-Wert _____ Bilirubin _____ Protein _____ Blut _____ Glucose _____ Haemoglobin _____
e) Haut und Schleimhäute: z.B. ausgedehnte Narben, Ikterus, Geschwüre, Pigmentanomalien, Einstichstellen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
f) Sinnesorgane: z.B. herabgesetzte Sehkraft, Hörvermögen, Nystagmus, Pupillen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
g) Nervensystem: z.B. Reflexanomalien, Lähmungen, Spastik, Ganganomalien, Parästhesien, Hirnnerven?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
h) Bewegungsapparat: z.B. Fehlstellungen, eingeschränkte Gelenksbewegungen, Arthritis, Skoliose, Prothesen, Orthesen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
i) Hormonsystem: z.B. Schilddrüse?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
j) Sonstiges: z.B. Auffälligkeiten in der Sprache, Verhalten, Psyche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

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

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.

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

5. Bemerkungen

X

Ort/Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arztes _____

Für die Untersuchung einschließlich Urinuntersuchung laut Ziffer 3 d) vergüten wir ein Honorar von 50,- Euro; für zusätzliche Untersuchungen laut gesondertem Auftrag werden die Kosten gemäß GOÄ übernommen.

Das Honorar ist zu überweisen auf:

IBAN oder Konto Nr. _____ BIC oder Bankleitzahl _____

Geldinstitut _____