

Ärztliches Zeugnis

über Herrn / Frau (ggf. auch Geburtsname)

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	Versicherungsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Antragsteller (falls nicht zu versichernde Person)

Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“.

Vorab vom Arzt zu beantworten / zu beachten

Die zu versichernde Person ist mir persönlich als Patient bekannt.

 ja

Identifikationsnummer

Falls nein: Identifizierung durch Personalausweis / Reisepass:

 nein

Ist die zu versichernde Person mit dem/r untersuchenden Arzt/Ärztin in einem **Partnerschaftsverhältnis** (dienstlich oder privat) oder **verwandt** oder **verschwägert**?
Falls ja, darf die Untersuchung nicht durchgeführt werden.

 ja

 nein

Der erforderliche Umfang der Untersuchung geht aus unserem Anschreiben hervor. Bitte lassen Sie sich dieses von der zu untersuchenden Person vorlegen.

Teil I Erklärung der zu versichernden Person vor dem Arzt

Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:
Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Befund, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

Abfragezeitraum der folgenden Fragen: **unbefristet**

1. Bestanden jemals oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden im Rahmen von gut- oder bösartigen Erkrankungen (Krebs, auch Frühstadien) ? z.B. Melanom, Basaliom (Hautkrebs), Darmkrebs, Muskel- oder Knochentumor (Sarkom), Lymphom, Gehirntumore, geschlechtsspezifische Tumore (Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Prostata), Polyzythämie (zu viele rote Blutzellen), Leukämie (Blutkrebs)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2. Wurden Sie jemals oder werden Sie mit einer Chemo- oder Strahlentherapie behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3. Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tag/Monat/Jahr	<input type="text"/>
4. Haben Sie jemals aus gesundheitlichen Gründen den Beruf oder den Arbeitsplatz gewechselt ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5. Beantragen, bezogen oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente oder Pension ? Falls ja, Art der Rente, von wem erhalten Sie diese, Zeitraum oder seit wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6. Besteht ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Erwerbsminderung (GdS/ehemals MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? Falls ja, Angabe des Grades <i>Alternativ kann auch eine Kopie des aktuellen Anerkennungsbescheides beigelegt werden</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Grad	Grund <input type="text"/>

Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:

Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Befund, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

Abfragezeitraum der folgenden Fragen: 10 Jahre

7.	Bestanden in den letzten 10 Jahren oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden	
a)	des Herzens? z.B. Durchblutungsstörungen des Herzens, Herzmuskelverdickung, Herzinfarkt, Herz- oder Herzklappenfehler (auch angeborene), Rhythmusstörungen, Herzleistungsschwäche, Luftnot, Beklemmungen, Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b)	des Kreislaufs oder der Gefäße? z.B. Hypertonie (erhöhter Blutdruck), Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine, Thrombose, Embolie, Synkope (Ohnmacht)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c)	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
d)	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
e)	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, Fibromyalgie, Osteoporose, Epicondylitis (Tennisarm)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
f)	der Atemwege? z.B. Asthma bronchiale, chronische oder obstruktive Bronchitis, Schlafapnoe, Emphysem, blutiger Auswurf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
g)	der Haut, Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten? z.B. Schuppenflechte, Ekzem, auffällige Muttermale, Neurodermitis, Urtikaria (Nesselsucht, Quincke-Ödem), Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
h)	der Verdauungsorgane (Leber, Gallenblase/-wege, Magen, Darm)? z.B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gelbsucht, Gallenstein, Bauchspeicheldrüsener- oder Speiseröhrenentzündung, Gastritis, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Nabel- oder Leistenbruch, Polypen, Adenome, Zysten, Hämangiom (Blutschwamm)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i)	der Harnorgane? z.B. Nieren-, Blasenentzündung, Harnröhrenverengung, Nieren oder Harnsteinleiden, Auffälligkeiten im Urin (Eiweiß, Blut, Zucker), eingeschränkte Nierenfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
j)	des Blutes, der blutbildenden Organe, der Milz? z.B. Anämie (Blutarmut), Thrombozytopenie (zu wenig Blutplättchen), Gerinnungsstörung, Milzvergrößerung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
k)	im Rahmen von Infektions- oder Autoimmunkrankheiten? z.B. HIV, Malaria, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, Lupus erythematoses, Sklerodermie (Bindegewebsverhärtung), Rheuma, Polyarthrit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
l)	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

Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:

Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Befund, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

Abfragezeitraum der folgenden Fragen: 10 Jahre

- | | | |
|-----|---|--|
| 8. | Waren Sie in den letzten 10 Jahren oder sind Sie derzeit bei Psychologen oder Psychotherapeuten in Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein |
| 9. | 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 | <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein |
| 10. | Wurde Ihnen in den letzten 10 Jahren 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 |
| 11. | Nahmen Sie in den letzten 10 Jahren oder nehmen Sie Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt?
z.B. Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, Spice oder andere Modedrogen | <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein |
| 12. | Fanden in den letzten 10 Jahren Operationen (auch ambulante) statt oder sind diese vorgesehen bzw. empfohlen? | <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein |
| 13. | Sind Sie in den letzten 10 Jahren 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 |
| 14. | Wurden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren diagnostische Untersuchungen durchgeführt?
z.B.: Röntgen, Ultraschall, Magnetresonanz (MR)/Kernspin, Computertomographie (CT), EKG, Ergometrie, Echo, Doppler, Szintigrafie | <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein |
| 15. | Nahmen Sie in den letzten 10 Jahren oder nehmen Sie regelmäßig oder zusammenhängend über mehr als 4 Wochen Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein |

Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:

Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Befund, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

Abfragezeitraum der folgenden Fragen: 5 Jahre

- | | | |
|-----|---|---|
| 16. | Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden | |
| a) | des Stoffwechsels, des Hormonhaushaltes?
z.B. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyceride), Funktionsstörung der Schilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse (Hirnanhangdrüse), Gicht | <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein |
| b) | der Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Eierstöcke, Brust, Prostata)?
z.B. auffälliger PAP, Ovarialzysten, Endometriose, Knoten in der Brust, Prostatavergrößerung, erhöhter PSA-Wert | <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein |
| c) | der Augen?
z.B. grüner Star (erhöhter Augendruck), grauer Star, Fehlsichtigkeit (Hyperopie/ Weitsichtigkeit, Myopie/Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Farbfehlsichtigkeit), refraktive Chirurgie (LASIK), Netzhautablösung/-erkrankung, Gesichtsfeldeinschränkung | <input type="checkbox"/> ja Dioptrien re. <input type="text"/> li. <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nein Cyl re. <input type="text"/> li. <input type="text"/>
Visus re. <input type="text"/> li. <input type="text"/> |
| d) | 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 |

Sofern Brillenpass vorhanden, bitte Kopie beilegen.

Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:
 Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Befund, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

Abfragezeitraum der folgenden Fragen: 3 Jahre

17. Waren Sie in den letzten 3 Jahren länger als 14 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig?
 Falls ja, wann, weshalb, Dauer? Bei Krankschreibung bitte Angabe des Arztes/der Klinik (Name und Anschrift). ja nein
18. Bestehen oder bestanden bei Ihnen innerhalb der letzten 3 Jahre wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen?
 z.B. Schlafstörungen, Angst-, Überlastungs-, Überforderungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebsschwäche
 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). ja nein
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?
 Falls ja, wann, weshalb (Name und Anschrift des Behandlers)? ja nein

Weitere Fragen

20. Sind Sie Raucher?
 Raucher ist, wer in den **letzten 12 Monaten** aktiv, wenn auch nur gelegentlich, Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat (z.B. durch Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, E-Zigaretten, E-Pfeifen, Nikotinpflaster / -kaugummi) oder beabsichtigt, dies in Zukunft zu tun.
 Falls ja, wieviel Rauchen oder Inhalieren Sie täglich? ja, ich bin Raucher
 nein, ich bin seit mindestens 12 Monaten Nichtraucher (aber noch nicht seit mindestens 10 Jahren)
 nein, ich bin seit mindestens 10 Jahren Nichtraucher oder habe noch nie geraucht
21. 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?
 Falls ja, welche Erkrankungen und in welchem Alter?
(KEINE Nennung der Person wegen Datenschutz) ja nein
22. Nur von zu untersuchenden Personen mit Wohnsitz in Deutschland zu beantworten:
 Erfolgt prädiaktive, genetische Beratungen oder Testuntersuchungen?
 Falls ja: Wann und mit welchem Befund sowie Name und Anschrift des Arztes / des durchführenden Institutes / der Klinik. ja nein

23. Welchen Arzt suchen Sie gewöhnlich auf (Hausarzt)? Wann, Weshalb, Grund, Befund?
 Name und Anschrift

24. Welchen Arzt haben Sie zuletzt aufgesucht? Wann, Fachrichtung, Befund?
 Name und Anschrift

Hinweis: Sofern zusätzliche Angaben auf der Rückseite oder einem gesonderten Blatt vorgenommen werden, sind diese von der zu versichernden Person und dem Arzt gesondert gegenzuzeichnen.

Die nachfolgende Unterschrift bestätigt die Richtigkeit der obigen Antworten. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass bei mir ein HIV-Test durchgeführt und das Ergebnis an die EUROPA Lebensversicherung AG weitergegeben wird.

Arztstempel

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Teil II Untersuchungsbefund

Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:
 Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Befund, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.
 Bei Untersuchungen bitte nur die heute in der Praxis gemessenen Werte eintragen.

1. Haben Sie die zu untersuchende Person innerhalb der letzten 10 Jahre bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt? Wann? Weshalb?
 Bitte ggf. Befunde und Berichte – auch von anderen Ärzten – beifügen.
- ja
 nein

2. Körpergröße (ohne Schuhe) cm
 Körpergewicht (ohne Kleidung) kg
 Bauchumfang cm

3. Herzauskultation und Blutdruckmessung

- a) Auskultation der **Herztöne**: Pathologische Herzgeräusche/-töne?
 Falls ja, bitte kurze Beschreibung.
- ja
 nein

Halten Sie zur Abklärung dieses Befundes eine Echokardiografie für sinnvoll?

ja
 nein

- b) **Blutdruck und Pulsfrequenz**:
 Wurden die nachfolgenden Werte unter Einnahme blutdrucksenkender Medikamente gemessen?
 Ggf. welche?
- ja
 nein

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				

Falls bekannt, welche Blutdruckwerte wurden in den letzten 12 Monaten gemessen?
 (Sofern in den letzten 12 Monaten ein 24-Stunden-Blutdruckmessung durchgeführt wurde, bitte Ergebnis beifügen.)

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.

4. Haben Sie in den folgenden Bereichen weitere auffällige Befunde während der körperlichen Untersuchung bei der zu versichernden Person festgestellt?

- a) **Herz-Kreislauf-System**:
 z.B. Herzinsuffizienzzeichen, Zyanosen, Lymphknoten, Varizen
- ja
 nein

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

- c) **Verdauungsorgane**:
 z.B. Palpationsbefunde, Leber-, Milzgröße, Hernie
- ja
 nein

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

bei Männern:
Haben Sie krankhafte Befunde an den männlichen Geschlechtsorganen (Prostata, Hoden) festgestellt? ja
 nein
Wenn ja, welche Beschwerden / Befunde liegen vor?

bei Frauen:
Haben Sie krankhafte Befunde an den weiblichen Geschlechtsorganen (Gebärmutter, Eierstöcke, Brust) festgestellt? ja
 nein
Wenn ja, welche Beschwerden / Befunde liegen vor?

e) **Haut und Schleimhäute:**
z.B. ausgedehnte Narben, Ikterus, Geschwüre, Pigmentanomalien, Einstichstellen, Spider Naevi ja
 nein

f) **Sinnesorgane:**
z.B. herabgesetzte Sehkraft, Hörvermögen, Nystagmus, Pupillen ja
 nein

g) **Nervensystem:**
z.B. Reflexanomalien, Lähmungen, Spastik, Ganganomalien, Gleichgewichtsstörungen, Tremor, Parästhesien, Hirnnervenauffälligkeiten ja
 nein

h) **Skelett und Bewegungsapparat:**
z.B. Fehlstellungen, eingeschränkte Gelenkbewegungen, Arthritis, Skoliose, Prothesen, Endoprothesen (TEP), Orthesen ja
 nein

i) **Hormonsystem insbes. Schilddrüse:**
z.B. Kropf ja
 nein

5. **Aktuelle Laboruntersuchungen**

a) **Urinuntersuchung vom**

	Ergebnis des Streifen-tests
Leukozyten	
Nitrit	
PH-Wert	
Protein	
Glucose	

	Ergebnis des Streifen-tests
Keton	
Urobilinogen	
Bilirubin	
Blut	
Hämoglobin	

b) **Blutuntersuchungen vom**

	Ergebnis	Normalwert
BKS		
Y-GT		
GPT		
Harnsäure		
Kreatinin		

	Ergebnis	Normalwert
Gesamt Chol.		
HDL-Chol.		
LDL-Chol.		
Triglyceride		
HbA1c		

	Ergebnis
HIV-AK-Test 1+2	
kleines Blutbild (bitte Laborblatt mitsenden)	
NT-proBNP (nur bei zu untersuchenden Personen ab 50 Jahre)	
Cotinintest (nur bei Beantragung einer Risikoversicherung nach Nichtraucherstatus)	

6. **Bemerkungen**

7. **Der Arzt kann dem Untersuchten auffällige Befunde mitteilen.
Welche Befunde wurden mitgeteilt?**

keine

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.

Bitte senden Sie uns vorhandene Befunde und Berichte, auch von Krankenhäusern, Kuranstalten, Fachärzten usw. (sofern möglich als Kopie) zur Einsichtnahme. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu.

In jedem Fall bitten wir Sie jedoch, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen des Patienten/der Patientin anzuzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Die Untersuchung fand statt am um Uhr

Mit der Weitergabe der Daten und Befunde an meinen Patienten bin ich einverstanden Ja Nein

Für das „Ärztliche Zeugnis“ einschließlich der Laborwerte und dem HIV-Test gemäß Ziffer 2. (ausgenommen NT-proBNP) bieten wir Ihnen ein Honorar von 150 Euro. Die weiteren Untersuchungen gemäß Ziffer 3. sowie den NT-proBNP und den Cotinintest honorieren wir – zusätzlich zu den 150 Euro – nach GOÄ (maximal 2,3-facher Steigerungssatz) bzw. in Österreich nach der Honorarordnung für Ärzte. Kosten für nicht geforderte Untersuchungen sowie Kosten für die Untersuchung (inklusive der Laborwerte und dem HIV-Test) gemäß Ziffer 4. werden von uns nicht übernommen. Legen Sie bitte die Befunde zu den geforderten Zusatzuntersuchungen (Sono-Bilder, etc.) bei.

Hinweis zum Datenschutz: Wir haben Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, um z.B. zu Sachverhalten mit Ihnen kommunizieren zu können. Weitere Informationen hierzu finden Sie unter www.europa.de/datenschutz.

Das Honorar ist zu überweisen auf:

Name des Kontoinhabers	Name des Kreditinstituts	IBAN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hinweis: Sofern zusätzliche Angaben auf der Rückseite oder einem gesonderten Blatt vorgenommen werden, sind diese von der zu versichernden Person und dem Arzt gesondert gegenzuzeichnen.

Datum

Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Arztstempel