

Vital-Check

über Herrn / Frau (ggf. auch Geburtsname)

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Beruf
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort
			Versicherungsnummer

Antragsteller (falls nicht zu versichernde Person)

Nachname	Vorname
----------	---------

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 II Untersuchungsbefund

1. Körpergröße (ohne Schuhe) cm

Körpergewicht (ohne Kleidung) kg

Bauchumfang cm

2. **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.

3. Aktuelle Laboruntersuchungen

a) Urinuntersuchung vom

	Ergebnis des Streifentests
Leukozyten	
Nitrit	
PH-Wert	
Protein	
Glucose	

	Ergebnis des Streifentests
Keton	
Urobilinogen	
Bilirubin	
Blut	
Hämoglobin	

b) Blutuntersuchungen vom

	Ergebnis	Normalwert
Y-GT		
GPT		
Kreatinin		

	Ergebnis	Normalwert
Gesamt Chol.		
HDL-Chol.		
Triglyceride		
HbA1c		

c)

	Ergebnis
HIV-AK-Test 1+2	
kleines Blutbild (bitte Laborblatt mitsenden)	
NT-proBNP	

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

keine

Die Untersuchung fand statt am um Uhr

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

Für den „Vital-Check“ einschließlich der Laborwerte gemäß Ziffer 1. bieten wir Ihnen ein Honorar von 100 Euro.

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.

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

<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/>
Datum	Unterschrift der zu versichernden Person

<input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/>
Unterschrift des Arztes / der Ärztin