



# Ärztliches Zeugnis

24-Stunden-Kundenservice:  
Tel.-Nr. 0 18 03 - 55 66 22

Telefax (02 21) 148 - 36 270  
(02 21) 148 - 36 470  
(02 21) 148 - 36 475

zum Antrag auf Abschluß einer Krankenversicherung.

Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller!

Name/Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
ausgeübter Beruf	

## I. Erklärung vor dem Arzt

		falls ja, welche, wo behandelt (Arzt), Befunde?	wann
1. Bestehen zur Zeit Beschwerden, Erkrankungen oder Unfallfolgen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
2. Besteht oder bestand eine chronische bzw. wiederkehrende Erkrankung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
3. Waren Sie in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig? (Grund? Dauer?)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
4. Sind Operationen und Behandlungen durchgeführt, vorgesehen oder angeraten?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
5. Fand in den letzten 10 Jahren eine stationäre Behandlung (auch Kurklinik, Sanatorium o. ä.) statt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
6. Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Mit welchen Ergebnissen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
7. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, z.B. durch einen AIDS-Test?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
8. Fand oder findet eine Zytostatikabehandlung statt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
9. Werden oder wurden regelmäßig Medikamente, Alkohol oder Drogen genommen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
10. Welchen Arzt nehmen Sie üblicherweise in Anspruch? (Hausarzt)			
11. a) Wieviele nicht endgültig ersetzte Naturzähne (ohne Weisheitszähne) fehlen?	_____		
b) Ist eine zahnärztliche Behandlung, insbesondere wegen Zahnersatz, Kieferorthopädie oder Parodontose notwendig?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
12. Besteht Schwangerschaft?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, daß die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und daß ich die obigen Fragen, die mir vom Arzt einzeln vorgelesen wurden, persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Anamnese erhoben:  
(Stempel/Unterschrift des Arztes)

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

## II. Untersuchungsbefund für \_\_\_\_\_

Name, Vorname

		Befund / Abweichung / Erläuterung
1. Haben Sie die Person bereits untersucht, beraten oder behandelt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
2. Größe	_____ cm	
Gewicht	_____ kg	
Macht die Person einen altersentsprechenden gesunden Eindruck?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
3. Halten Sie den Skelett- und Bewegungsapparat für gesund?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
4. Halten Sie Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen für gesund?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
5. Halten Sie die Sinnesorgane für gesund?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
6. Halten Sie Nervensystem und Psyche für Gesund?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
7. Ist das Reflexverhalten normal?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
8. Halten Sie das Hormonsystem für gesund?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
9. Hat die Schilddrüse eine normale Form?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<b>10. Herz, Kreislauf</b>		
a) Puls in Ruhe	_____	
nach 10 Kniebeugen	_____	
Rückkehr zur Norm in	_____ Minuten	
b) Blutdruck in Ruhe	_____ / _____ mm Hg	
nach 10 Kniebeugen	_____ / _____ mm Hg	
c) Sind krankhafte Geräusche am Herzen festzustellen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
d) Besteht eine Arrhythmie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
e) Ist das Herz vergrößert oder verlagert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
f) Bestehen Anzeichen einer Insuffizienz?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
g) Besteht Dyspnoe?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

# Untersuchungsbefund für \_\_\_\_\_

Name, Vorname

		Befund / Abweichung / Erläuterung
<b>11. Gefäße</b>		
a) Bestehen Ödeme?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
b) Bestehen Hämorrhoiden, Krampfadern? (Art? Umfang?)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
c) Bestehen Narben, Ullcera? (Art? Umfang?)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<b>12. Atmungsorgane</b>		
a) Besteht Heiserkeit, Husten Bronchitis? (Seit wann? Umfang?)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
b) Liegen Deformationen des Brustkorbs vor?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
c) Sind die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation normal?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
d) Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<b>13. Verdauungs- und Bauchorgane</b>		
a) Krankheitsbefund an Zunge, Mandeln, Rachen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
b) Sind die Untersuchungsergebnisse des Bauches normal?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
c) Ist die Leber vergrößert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
d) Ist die Milz vergrößert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
e) Besteht ein Bruchleiden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
f) Krankhafter Befund an den Verdauungsorganen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<b>14. Harn- und Geschlechtsorgane</b>		
a) Ist die Beschaffenheit der Nierenlager normal?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
b) Harnuntersuchung	Eiweiß            ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sediment Zucker            ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ubg. vermehrt    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
äußere Beschaffenheit pathologische Bestandteile		
<b>Bei Frauen</b>		
c) Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der weiblichen Organe?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
d) Besteht Schwangerschaft?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	im _____ten Monat

# Untersuchungsbefund für \_\_\_\_\_

Name, Vorname

	Befund / Abweichung / Erläuterung	
15. <b>Sonstiges</b> a) Welche weiteren krankhaften und bisher nicht genannten Befunde wurden festgestellt?		
b) Bestehen Anzeichen für eine Immunschwäche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Für die Risikobeurteilung sind teilweise Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Geben Sie deshalb bitte keine Mitteilungen über das Versicherungswagnis!

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Bitte hier falzen!

AXA Krankenversicherung AG

50592 Köln