

Untersuchungsbericht

Ärztliches Zeugnis

- mit Untersuchung
- Laboruntersuchungen

Stand: 11.2020

Versicherungsnummer

Daten des Abschlussvermittlers

Daten des Betreuers

Untersuchte Person

Titel, Vorname, Name

 männlich
 weiblich

Geburtsdatum

 Die untersuchte Person ist mir persönlich bekannt.
 Die Identifikation erfolgte durch einen gültigen Personalausweis/Reisepass.

Ist die zu versichernde Person mit dem/der untersuchenden Arzt/Ärztin in einem Partnerschaftsverhältnis (dienstlich oder privat) oder verwandt oder verschwägert?

 Ja Nein

Falls ja, darf die Untersuchung nicht durchgeführt werden.

HausarztBehandlung, erfolgte als Hausarzt Facharzt bisher nicht – dann bitte Hausarzt angeben
Behandlungsbeginn

Name und Anschrift des Hausarztes

DauerdiagnosenVon Ihnen gestellte Dauerdiagnosen? Wenn ja, bitte auch den Zeitpunkt angeben. nein ja, und zwar**Weitere Krankheiten**Weitere Krankheiten des Versicherten, die Sie nicht behandelt haben? nein ja, und zwar**Behandlungsdaten**

Nennen Sie bitte die Behandlungsdaten und -diagnosen der letzten 5 Jahre. (Sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein Beiblatt oder Ausdruck bei)

FolgenHaben Krankheiten Folgen hinterlassen? nein ja, und zwar**Befunde**Bitte **Befunde**: Röntgen, Sonographie, EKG, Labor usw. mit Datum angeben oder zur Einsicht anbei in Kopie anbeiWelche **Blutdruckwerte** wurden gemessen?

Datum systolisch diastolisch Datum systolisch diastolisch

MedikamenteNimmt der Versicherte Medikamente? nein ja, und zwar regelmäßig zeitweilig oder saisonal**Krankenhausaufenthalte**

Zeitpunkt / Zeitraum Diagnose Arzt / anderer Heilbehandler / Klinik (Name und Anschrift)

Kuraufenthalte**Weitere Ärzte****Operation**Ist eine Operation vorgesehen? Wenn ja, bitte auch den Zeitpunkt angeben. nein ja, und zwar**Missbrauch**Bestand/besteht ein Missbrauch von Alkohol, Nikotin, Medikamenten, Betäubungsmitteln? nein ja, und zwar

Bemerkungen

Bitte **Facharzt- und Krankenhausberichte beifügen**. Die Rückgabe erfolgt schnellstens. nicht beigefügt beigefügt

Angaben der versicherten Person vor dem Arzt

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie haben uns als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten **Gefahrumstände**, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, **wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen**. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern **auch dann, wenn ein Dritter** in Ihrem Namen **den Fragebogen ausfüllt**. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.

Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. **In diesem Fall** haben wir das **Recht**, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat **zu kündigen**.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.

Angaben vor dem Arzt

Nehmen Sie **Medikamente** ein? Wenn ja, welche und weshalb? nein ja, und zwar

Rauchen Sie? Wenn ja, was und wie viel?

 nein ja, und zwarTrinken Sie **Alkohol**? Wenn ja, was und wie viel? nein ja, und zwarBestanden/bestehen aktuell **gesundheitliche Beschwerden**? nein ja, und zwar

Bei Gentests bitte ausfüllen

Bitte beachten: Nur bei Lebensversicherungen mit einer Leistung von mehr als 300.000 EUR oder einer **Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Pflegerentenversicherung** mit einer Jahresrente von mehr als 30.000 EUR beantworten.

Erfolgt **genetische Beratungen oder Testuntersuchungen**? nein ja, und zwar

Wenn ja, bitte Datum, Name und Anschrift des Arztes oder Instituts angeben.

Erklärung und Unterschrift der untersuchten Person

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. Für die **Richtigkeit übernehme ich** als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die **alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter diesen Fragebogen für mich ausgefüllt hat**.

Ort und Datum der Untersuchung

Unterschrift der untersuchten Person

Untersuchungsbefund

Allgemeine Angaben

Allgemeine Angaben

(Größe, Gewicht und Bauchumfang)

Größe in cm

Gewicht in kg

Bauchumfang in cm (in Nabelhöhe)

Augen

1. Augen

nein ja Dioptrienzahl

1.1 Brillenträger

1.2 Myopie

 links rechts

1.3 reine Lesebrille / Alterssichtigkeit

1.4 Sonstige Anomalie oder Sehfehler der Augen

Haut und Schleimhäute, Kopf und Hals

2. Haut und Schleimhäute, Kopf und Hals

nein ja Ziffer Ergänzende Angaben

2.1 Hautbefunde (Ekzeme, Naevi und andere); welche?

2.2 Lymphknotenschwellungen

2.3 Besondere Befunde der Augen

2.4 Besondere Befunde der Ohren

2.5 Besondere Befunde der Nase

2.6 Struma (ggf. Halsumfang)

2.7 auffälliger Zahnstatus

2.8 Besonderheiten der Mundhöhle

2.9 Weitere Befunde? Wenn ja, welche?

 <https://pdfify.app/trial>

Atmungsorgane 3. **Atmungsorgane** nein ja Ziffer **Ergänzende Angaben**

3.1 Besonderheiten Thoraxform ja nein

3.2 Klopfeschall hypersonor sonor gedämpft

3.3 Atemverschieblichkeit In/- Expiration normal vermindert

3.4 Auskultation: AG normal annormal

3.5 Auskultation: Nebengeräusche ja nein

3.6 Weitere Befunde? Wenn ja, welche? ja nein

Herz und Kreislauf 4. **Herz und Kreislauf** nein ja Ziffer **Ergänzende Angaben**

4.1 Frequenz ja nein 4.1

4.2 Rhythmus regelmäßig unregelmäßig

4.3 Herztöne unauffällig/rein auffällig

4.4 Herzgeräusche ja nein

4.5 Weitere Befunde? Wenn ja, welche? ja nein

4.6 Blutdruck/Puls im Sitzen 4.6 (1. Messung) 4.7 (2. Messung nach 10 Min.)

4.7 Ggf. Nachmessung nach 10 Minuten

systolisch zu diastolisch systolisch zu diastolisch

Abdomen 5. **Abdomen** nein ja Ziffer **Ergänzende Angaben**

5.1 Inspektion Bauchdecken unauffällig auffällig

5.2 Palpation Leber/Milz unauffällig auffällig

5.3 Lebervergrößerung ja nein

5.4 Brüche Nabel/Leisten/Sonstige ja nein

5.5 Weitere Befunde? Wenn ja, welche? ja nein

Bewegungsapparat 6. **Bewegungsapparat** (nein = unauffällig/ nicht vorhanden) nein ja Ziffer **Ergänzende Angaben**

• **Inspektion**

6.1 Haltung/Wirbelsäulenachse unauffällig auffällig

6.2 Skoliose ja nein

6.3 Kyphose ja nein

6.4 Lordose ja nein

6.5 Schulterasymmetrie ja nein

6.6 Beinlängendifferenz ja nein

6.7 Beinachsenfehler (Varus- Valgusstellung) ja nein

6.8 Verluste von Gliedmaßen? Wenn ja, welche? ja nein

6.9 Vorhandene Narben ja nein

6.10 Muskelasymmetrien/Muskelatrophien ja nein

6.11 Beschwiellung seitengleich und unauffällig auffällig

• **Funktionen** 7. **Bewegungsapparat** nein ja Ziffer **Ergänzende Angaben**

7.1 Schürzengriff ja nein

7.2 Nackengriff ja nein

7.3 In die Hocke gehen/Aufrichten ja nein

7.4 Zehengang ja nein

7.5 Fersengang ja nein

• **Bewegungs- ausmaße** 8. **Bewegungsausmaße**

Wirbelsäule Rotation Seitneigung Extension/Flexion

- HWS normal 60 / 0 / 60 40 / 0 / 40 40 / 0 / 40

- HWS-Befund

- LWS-Befund Schober _____ cm FBA _____ cm

Weitere Befunde? Wenn ja, welche? nein ja

Schulter Abduktion/Adduktion Rückwärts/Vorwärts Innen-/Außenrotation (Oberarm abgewinkelt) angewinkelt

- normal 180 / 0 / 40 170 / 0 / 40 70 / 0 / 70 90 / 0 / 40

- Befund, links

- Befund, rechts

Weitere Befunde? Wenn ja, welche? nein ja

Oberarm, Unterarm, Ellenbogen, Handgelenk, Finger

Auffällige Befunde? Wenn ja, welche? nein ja

- Befund, links

- Befund, rechts

• **Bewegungs-
ausmaße**

Hüftgelenke

	Beugung	Abduktion/Adduktion	Innen-/Außenrotation
– normal	140 / 0 / 0	45 / 0 / 30	30 / 0 / 50

(Fortsetzung)

– **Befund, links**

– **Befund, rechts**

Weitere Befunde? Wenn ja, welche? nein ja

Kniegelenke

	Beugung/ Streckung	Vordere/hintere Schublade oder Lachmann-Test	Seitliche Stabilität	Steinmann I – Zeichen oder Apley-Test	Umfangsdifferenzen
– normal	150 / 0 / 10				

– **Befund, links**

– **Befund, rechts**

Weitere Befunde? Wenn ja, welche? nein ja

Unterschenkel, Sprunggelenk, Fuß

– Fußdeformitäten? Wenn ja, welche? nein links rechts

– **Befund, links**

– **Befund, rechts**

Kreislauf Beine

9. Kreislauf Beine

	Fußpuls A. tibialis post	Fußpuls A. dorsalis post	Anmerkungen zu den Fußpulsen
--	--------------------------	--------------------------	------------------------------

– **Befund, links**

– **Befund, rechts**

	nein	ja	Ziffer	Ergänzende Angaben
9.1 Ödeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.2 Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.3 Hinweise auf abgelaufene Thrombosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.4 Weitere Befunde? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Neurologie

10. Neurologie

Reflexe

	BSR	TSR	RPR	BHR	PSR	ASR
– rechts unauffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– links unauffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Seitenvergleich unauffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nein	ja	Ziffer	Ergänzende Angaben
10.1 Besonderheiten der Hirnnerven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10.2 Lähmungen/Atrophien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10.3 Pathologische Reflexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10.4 Sensibilitätsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10.5 Diadochokinese auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10.6 Finger-Naseversuch auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10.7 Weitere neurologische Befunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Harn- und Geschlechtsorgane

11. Befund der Harn- und Geschlechtsorgane

Urinstix	pH	Leukos	Nitrit	Protein	Glukose	Keton	Urobilinogen	Bilirubin	Erythrozyten
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Anmerkungen _____

Sedimentbefund _____

Blutuntersuchungen – bitte immer durchführen.

**Blutsenkungs-
geschwindigkeit** **Blutsenkungsgeschwindigkeit**
(BSG) _____ / _____ mm n. W. vom _____

**Blutunter-
suchungen** Bitte führen Sie **folgende Blutuntersuchungen** durch und **reichen Sie uns die Labordrucke mit ein:**

- **Blutbild einschließlich Differentialblutbild**
- Serumwerte **CRP, Blutzucker (nüchtern), Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyzeride, Harnsäure, Kreatinin, GOT (ASAT), GPT (ALAT), Gamma GT, AP, NT-proBNP**
- Ferner einen **HIV-Test**.

Kosten- rechnung

Für die Untersuchung, Laboruntersuchung vergütet die Gothaer **180 EUR** (inklusive gesetzliche Umsatzsteuer).
Bei fehlenden Einzelleistungen wird der Betrag entsprechend reduziert. Das **Honorar ist zu überweisen** an folgende **Bankverbindung:**

IBAN _____ BIC _____

Kontoinhaber _____

Geldinstitut (Name und Ort) _____

Abschluss- erklärung, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Die untersuchte Person wurde über die Ergebnisse der Untersuchung unterrichtet? nein ja
Die Gothaer Lebensversicherung AG darf die Ergebnisse an die untersuchte Person weiterleiten? nein ja

Telefonnummer für Rückfragen _____

Ort und Datum der Untersuchung _____

Unterschrift des Arztes _____

Stempel des Arztes _____

Bitte
zurück
an

Antwort

Gothaer Lebensversicherung AG
37069 Göttingen