

**ÄRZTLICHES ZEUGNIS ZUM ANTRAG AUF ABSCHLUSS DER KRANKENVERSICHERUNG EXPAT RESIDENT  
DIE KOSTEN DER UNTERSUCHUNG TRÄGT DER ANTRAGSTELLER! VORZULEGEN AB EINTRITTSALTER 60 JAHRE**

# ÄRZTLICHES ZEUGNIS GEGENÜBER WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG (VERSICHERER)

**ANTRAGSTELLER(IN)/VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):**

Name:	Vorname(n):	Geburtsdatum:
-------	-------------	---------------

Anschrift:

**1. ERKLÄRUNG VOR DEM ARZT:**

		ANTWORT	FALLS JA: WELCHE, WO BEHANDELT (ARZT), BEFUNDE	WANN?
<b>1.a</b>	Bestehen zur Zeit Beschwerden, Erkrankungen oder Unfallfolgen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>1.b</b>	Besteht oder bestand eine chronische bzw. wiederkehrende Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>1.c</b>	Sind Sie in den letzten drei Jahren durch Behandler (z. B. Ärzte, Fachärzte, Heilpraktiker, Psychologen, Masseur...) untersucht, beraten oder behandelt worden oder waren Sie - auch zeitweise - arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>1.d</b>	Sind Operationen und Behandlungen durchgeführt, vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>1.e</b>	Fand in den letzten 5 Jahren eine stationäre Behandlung (auch Kurklinik, Sanatorium o. ä.) statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>1.f</b>	Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, bitte Laborwerte beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>1.g</b>	Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, z. B. im Rahmen eines Aids-Tests?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>1.h</b>	Fand oder findet eine Zytostatikabehandlung statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>1.i</b>	Werden oder wurden regelmäßig Medikamente, Alkohol oder Drogen genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>1.j</b>	Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinsen)? Wenn ja: bitte Dioptrienzahl angeben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>1.k</b>	Welchen Arzt nehmen Sie üblicherweise in Anspruch? (Hausarzt)			
<b>1.l</b>	Wieviele nicht endgültig ersetzte Naturzähne (ohne Weisheitszähne) fehlen?			
<b>1.m</b>	Ist eine zahnärztliche Behandlung, insbesondere wegen Zahnersatz, Kieferorthopädie oder Parodontose notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>1.n</b>	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

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.

Ort/Datum:

Unterschrift des Antragstellers:

Anamnese erhoben: (Stempel/Unterschrift des Arztes)

**UNTERSUCHUNGSBEFUND FÜR:**

Name:

Vorname(n):

**2. ALLGEMEIN:**

		ANTWORT	BEFUND/ABWEICHUNG/ERLÄUTERUNG
<b>2.a</b>	Haben Sie die Person bereits untersucht, beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>2.b</b>	Größe: Gewicht:	cm kg	
<b>2.c</b>	Halten Sie den Skelett- und Bewegungsapparat für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>2.d</b>	Halten Sie Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>2.e</b>	Halten Sie die Sinnesorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>2.f</b>	Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>2.g</b>	Ist das Reflexverhalten normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>2.h</b>	Halten Sie das Hormonsystem für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>2.i</b>	Hat die Schilddrüse eine normale Form?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>2.j</b>	Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der Organe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**3. HERZ, KREISLAUF:**

<b>3.a</b>	Puls in Ruhe Puls nach 10 Kniebeugen Rückkehr zur Norm in		Minuten
<b>3.b</b>	Blutdruck in Ruhe Blutdruck nach 10 Kniebeugen	/ /	mm Hg mm Hg
<b>3.c</b>	Sind krankhafte Geräusche am Herzen festzustellen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>3.d</b>	Besteht eine Arrhythmie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>3.e</b>	Ist das Herz vergrößert oder verlagert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>3.f</b>	Bestehen Anzeichen einer Insuffizienz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>3.g</b>	Besteht Dyspnoe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**4. GEFÄßE:**

<b>4.a</b>	Bestehen Ödeme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>4.b</b>	Bestehen Hämorrhoiden, Krampfadern? Wenn ja: Art?/Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>4.c</b>	Bestehen Narben, Ulcera? Wenn ja: Art?/Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**5. ATMUNGSORGANE:**

<b>5.a</b>	Besteht Heiserkeit, Husten, Bronchitis? Wenn ja: Seit wann?/Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>5.b</b>	Liegen Deformationen des Brustkorbs vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>5.c</b>	Sind die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>5.d</b>	Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**6. VERDAUUNGS-/BAUCHORGANE:**

<b>6.a</b>	Krankheitsbefund an Zunge, Mandeln, Rachen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>6.b</b>	Sind die Untersuchungsergebnisse des Bauches normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>6.c</b>	Ist die Leber vergrößert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>6.d</b>	Ist die Milz vergrößert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>6.e</b>	Besteht ein Bruchleiden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

UNTERSUCHUNGSBEFUND FÜR:			
Name:		Vorname(n):	
<b>6.f</b>	Krankhafter Befund an den Verdauungsorganen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>7. HARN-/GESCHLECHTSORGANE:</b>			
		<b>ANTWORT</b>	<b>BEFUND/ABWEICHUNG/ERLÄUTERUNG</b>
<b>7.a</b>	Ist die Beschaffenheit der Nierenlager normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>7.b</b>	Harnuntersuchung:	Eiweiß <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sediment:
		Zucker <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	äußere Beschaffenheit: pathologische Bestandteile:	Ubg. vermehrt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>7.c</b>	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	im _____ Monat
<b>8. SONSTIGES:</b>			
<b>8.a</b>	Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>8.b</b>	Bestehen Anzeichen für eine Immunschwäche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**FÜR DIE RISIKOBEURTEILUNG SIND TEILWEISE WEITERE GESICHTSPUNKTE ALS DAS ERGEBNIS DER UNTERSUCHUNG MABGEBEND. GEBEN SIE DESHALB BITTE KEINE MITTEILUNGEN ÜBER DAS VERSICHERUNGSWAGNIS!**

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZUM ZAHNSTATUS

# ZAHNSTATUS

### BEFUND DES GESAMTEN GEBISSES

<b>BEFUND</b>																	<b>BEFUND</b>
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
<b>BEFUND</b>																	<b>BEFUND</b>

**BEFUNDANGABEN/LEGENDE:**  
**f** fehlende Zähne    **e** bereits ersetzte Zähne    **k** vorhandene Kronen    **b** vorhandene Brückenglieder    **s** sanierungsbedürftige Zähne    **)**( Lückenschluss

<b>9.</b>	<b>ZÄHNE:</b>	<b>ANTWORT</b>	<b>FALLS JA: WELCHE, WO BEHANDELT (ARZT), BEFUNDE</b>	<b>WANN ?</b>
<b>9.a</b>	Bestehen Zahnfleischerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift des Zahnarztes \_\_\_\_\_