

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

gegenüber Swiss Life Prévoyance et Santé (Versicherer)



Bitte beachten Sie, dass das Zeugnis nur benötigt wird, sofern sich die zu versichernde Person bei Versicherungsbeginn länger als 31 Tage in Deutschland aufhält. Die Kosten für die Untersuchung sind von der versicherten Person bzw. des Versicherungsberechtigten zu tragen.

Zu versichernde Person/Versicherungsberechtigte(r):

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

1. Erklärung vor dem Arzt

	Antwort	Falls ja: welche, wo behandelt (Arzt), Befunde	Wann?
1.a Bestehen zur Zeit Beschwerden, Erkrankungen oder Unfallfolgen? (Bitte geben Sie auch Erkrankungen wie z. B. Schnupfen, Blasenentzündungen etc. an.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.b Besteht oder bestand eine chronische bzw. wiederkehrende Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.c Sind Sie in den letzten drei Jahren durch Behandler (z. B. Ärzte, Fachärzte, Heilpraktiker, Psychologen, Masseur etc.) untersucht, beraten oder behandelt worden oder waren Sie – auch zeitweise – arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.d Sind in den letzten drei Jahren Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.e Sind Operationen und Behandlungen durchgeführt, vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.f Fand in den letzten 5 Jahren eine stationäre Behandlung (auch Kurklinik, Sanatorium o. ä.) statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.g Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, bitte Laborwerte beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.h Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, z. B. im Rahmen eines Aids-Tests?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Zu versichernde Person/Versicherungsberechtigte(r):

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

		Antwort	Falls ja: welche, wo behandelt (Arzt), Befunde	Wann?
1.i	Fand oder findet eine Zytostatikabehandlung statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.j	Werden oder wurden regelmäßig Medikamente, Alkohol oder Drogen genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.k	Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinsen)? Wenn ja: bitte pos./neg. Dioptrienwert angeben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.l	Welchen Arzt nehmen Sie üblicherweise in Anspruch? (Z. B. Hausarzt. Wenn Sie keinen Hausarzt haben, dann geben Sie bitte den Arzt an, bei dem Sie zuletzt in Behandlung waren.)			
1.m	Wieviele nicht endgültig ersetzte Naturzähne (ohne Weisheitszähne) fehlen?			
1.n	Ist eine zahnärztliche Behandlung, insbesondere wegen Zahnersatz, Kieferorthopädie oder Parodontose notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.o	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 (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

2. Allgemein:

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

3. Herz, Kreislauf:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
3.a	Puls in Ruhe		
	Puls nach 10 Kniebeugen		
	Rückkehr zur Norm in	Minuten	
3.b	Blutdruck in Ruhe	/ mmHg	
	Blutdruck nach 10 Kniebeugen	/ mmHg	
3.c	Sind krankhafte Geräusche am Herzen festzustellen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
3.d	Besteht eine Arrhythmie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.e	Ist das Herz vergrößert oder verlagert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.f	Bestehen Anzeichen einer Insuffizienz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.g	Besteht Dyspnoe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

4. Gefäße:

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

5. Atmungsorgane:

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

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

6. Verdauungs-/Bauchorgane:

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

7. Harn-/Geschlechtsorgane:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
7.a	Ist die Beschaffenheit der Nierenlager normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7.b	Harnuntersuchung	Eiweiß <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sediment:
		Zucker <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		Ubg. vermehrt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Äußere Beschaffenheit: Pathologische Bestandteile:		
7.c	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	im _____ Monat

8. Sonstiges:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
8.a	Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
8.b	Bestehen Anzeichen für eine Immunschwäche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes



Angaben zum Zahnstatus nur bei Abschluss des Moduls **EXPAT GERMANY PLUS** erforderlich.

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

1. Zähne:

Befund des gesamten Gebisses

1.a	Befund																
		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
	Befund																

Befundangaben/Legende

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| f fehlende Zähne | K vorhandene Kronen | s sanierungsbedürftige Zähne |
| e bereits ersetzte Zähne | b vorhandene Brückenglieder | () Lückenschluss |

		Antwort	Falls ja: welche, wo behandelt (Zahnarzt), Befunde	Wann? (TT.MM.JJJJ)
1.b	Bestehen Zahnfleischerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Zahnarztes