

ÄRZTLICHES ZEUGNIS



Sofern Sie 60 Jahre oder älter sind, ist das ärztliche Zeugnis von Ihrem Arzt in Verbindung mit einer Untersuchung auszufüllen und mit dem Antrag einzureichen. Die Kosten für die Untersuchung sind von der versicherten Person bzw. des Versicherungsberechtigten zu tragen. Sollte der zur Verfügung stehende Platz im Formular nicht ausreichen, nutzen Sie bitte unsere Anlage.

Untersuchungsbefund für:

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

1. Allgemein:

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

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Untersuchungsbefund für:

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

2. Herz, Kreislauf:

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



Bitte reichen Sie uns die aktuellen Laborwerte über Blutzucker (BZ/Glc), HbA1c, Harnsäure (HS), Blutfette (TC/TRG/LDL/HDL), Leberwerte (ASAT/GOT, ALAT/GPT und GGT), Nierenwerte (Kreatinin-Clearance, Kreatinin u. Harnstoff) und Tumormarker (CEA und PSA) ein.

3. Gefäße:

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

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Untersuchungsbefund für:

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

4. Atmungsorgane:

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

5. Verdauungs-/Bauchorgane:

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

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Untersuchungsbefund für:

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

6. Harn-/Geschlechtsorgane:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
6.a	Ist die Beschaffenheit der Nierenlager normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.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. Sonstiges:

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

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes



ANGABEN ZUM ZAHNSTATUS



Sofern Sie 60 Jahre oder älter sind und den Tarif **EXPAT INFINITY CLASSIC** oder **EXPAT INFINITY PREMIUM** abschließen möchten, sind die Angaben zum Zahnstatus von Ihrem Zahnarzt in Verbindung mit einer Untersuchung auszufüllen und mit dem Antrag einzureichen. Die Kosten für die Untersuchung sind von der versicherten Person bzw. des Versicherungsberechtigten zu tragen.

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