

## Ärztliches Zeugnis

Antrags-/Vertragsnummer \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

### Nur angekreuzte Positionen durchführen!

Wir bieten Ihnen dafür folgendes Honorar inkl. MwSt an:

|                                     |  |           |
|-------------------------------------|--|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ärztliches Zeugnis inkl. Urinuntersuchung  | 60,00 EUR |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Laborwerte folgenden Umfangs:<br>Vollständiges Blutbild, Blutsenkung,<br>Nüchternblutzucker, Harnsäure, Kreatinin,<br>Gesamtcholesterin, HDL und LDL,<br>Triglyceride, Gamma-GT, SGPT und SGOT | 37,57 EUR |
| <input checked="" type="checkbox"/> | HIV-Antikörper-Test (GoÄ Ziffer 4395 x 1,15)   | 20,11 EUR |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Belastungs-EKG (GoÄ Ziffer 652 x 2,3)  | 59,66 EUR |

Wird mikroverfilmt; Handschriftliches bitte möglichst mit schwarzem Stift ausfüllen, Danke!

## I. Erklärung vor dem Arzt

Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und mit **nein** oder **ja** zu beantworten. **Das** bei den Einzelangaben **Zutreffende** bitte **unterstreichen** und rechts erläutern. Eine sorgfältige, ausführliche Beantwortung dieser Frage erspart Rückfragen und beschleunigt damit die Bearbeitung des Antrags.

| <p>1. Sind bei Eltern oder Geschwistern Herz- oder Kreislauf-erkrankungen, Schlaganfall, Krebserkrankungen, Zuckerkrankheit, Geistes- und Gemütskrankheiten oder sonstige familiäre Erkrankungen vorgekommen?</p> <p style="text-align: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>  | <p>Welche? Bei wem (Alter)?</p>  |                                   |                           |                                   |  |  |  |
|--|--|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|--|--|--|
| <p>2. Sind Sie in Ihrem Beruf oder Sport besonderen Gefahren ausgesetzt?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>   | <p>Welchen?</p>  |                                   |                           |                                   |  |  |  |
| <p>3. <b>Bestanden</b> oder <b>bestehen</b> bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden...</p> <p>a des <b>Herzens oder der Kreislauforgane</b> (z. B. Bluthochdruck, Schmerzen in der Herzgegend, Herzfehler, Rhythmusstörungen, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen oder Infarkt des Herzens, Gehirns oder der Extremitäten, Embolie)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b der <b>Atmungsorgane</b> (z. B. Tuberkulose, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma, Emphysem, blutiger Auswurf, Lungen- oder Brustfellentzündung)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c der <b>Verdauungsorgane</b> (z. B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, erhöhte Leberwerte, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, chronische Darmentzündung)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d der <b>Harn- und Geschlechtsorgane</b> (z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankung der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>e des <b>Nervensystems</b> (z. B. Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>f der <b>Psyche</b> (z. B. Depressionen oder sonstige Gemüts-erkrankungen, chronische Essstörungen, psychosomatische Störungen)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>g der <b>Augen</b> (z. B. Sehschärfe, Dioptrien, Gesichtsfeld, Augendruck, Augenhintergrund betreffend)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>h der <b>Ohren, Nase</b> (z. B. Tinnitus, Mittelohrerkrankungen, Hörsturz)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>i der <b>Milz, des Blutes</b> (z. B. Leukämie, Anämie)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>j der <b>Haut, Allergien</b> (z. B. Psoriasis, Neurodermitis, Heuschnupfen)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>k des <b>Stoffwechsels</b> (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen/Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>l in Form von <b>Geschwülsten</b> (z. B. Tumoren, Zysten, Lymphknotenverdickungen)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>m der <b>Wirbelsäule, Bandscheiben, Knochen, Gelenke</b> (z. B. Hexenschuss, Lumbago, Ischias, Bandscheibenvorfall, Gelenkverschleiß, rheumatische Beschwerden, Hüftdysplasie)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>n akute oder chronische <b>Infektionskrankheiten</b> (z. B. Tropenkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, chronische Hepatitis)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>o Unfälle, Verletzungen und/oder Operationen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>wenn ja welche?</th> <th>wann, wie oft, wie lange?</th> <th>Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | wenn ja welche?                   | wann, wie oft, wie lange? | Behandelnde Ärzte (mit Anschrift) |  |  |  |
| wenn ja welche?  | wann, wie oft, wie lange?  | Behandelnde Ärzte (mit Anschrift) |                           |                                   |  |  |  |
|  |  |                                   |                           |                                   |  |  |  |

|   | nein | ja |   |
|---|------|----|---|
| <p><b>p Bei Frauen:</b></p> <p>Erkrankungen der Gebärmutter, Eierstöcke oder Brust? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Besteht Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ja, gab es bei vorangegangenen Schwangerschaften und Entbindungen Komplikationen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Wann wurde die letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung durchgeführt? _____ ▶</p>  |      |    | <p>In welchem Monat?</p> <p>Welche?</p> <p>Welches Ergebnis?</p>  |
| <p>4. a Nennen/nennen Sie regelmäßig oder wiederholt Medikamente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b Ggf. Angaben zu früherem Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Seit wann haben Sie das Rauchen aufgegeben? _____</p> <p>d Wieviel Alkohol trinken Sie in der Regel täglich? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>e Haben Sie ungewollt in den letzten 12 Monaten mehr als 5 kg Gewicht verloren? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>f Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |      |    | <p>Wann? Weshalb? <span style="float: right;">Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)</span></p> <p>Wieviel täglich?</p> <p>Wann?</p>   |
| <p>5. a Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c Besteht ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Erwerbsminderung (MdE)? Alternativ Kopie des Anerkennungsbescheides/-antrags beifügen. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 4 Wochen arbeitsunfähig krank? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>e Ist eine Operation vorgesehen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>     |      |    | <p>Welche?</p> <p>Weshalb? Von welcher Stelle?</p> <p>Wieviel %? Weshalb?</p> <p>Wann? Behandelnder Arzt</p> <p>Welche? Wann?</p> |
| <p>6. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (HIV-Test, Ergebnis, Datum)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>  |      |    |   |
| <p>7. a Sind Sie oder waren Sie in Behandlung anderer Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnastik, Heilpraktiker)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b Sind Sie in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Sanatorien untersucht und behandelt worden? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c Sind Sie mit bildgebenden Verfahren untersucht worden (z. B. Sonographie, Röntgen, CT, Kernspin)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>  |      |    | <p>Wann? Bei wem? Fachrichtung? Anschrift? Weshalb?</p>   |
| <p>8. Welchen Arzt nehmen Sie gewöhnlich in Anspruch? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>   |      |    | <p>Name und Anschrift des Arztes/Fachrichtung Wann? Weshalb?</p>  |

Wir bitten Sie, sich von dem untersuchenden Arzt über die besondere Bedeutung des HIV-Tests aufklären zu lassen und gleichzeitig mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift Ihr Einverständnis zur Durchführung des Tests sowie zur Weitergabe des Testergebnisses ausschließlich an unsere medizinischen Sachverständigen zu erklären.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes

## II. Untersuchungsbefund

1. Sind Sie mit der zu untersuchenden Person verwandt oder verschwägert? Falls zutreffend, darf die Untersuchung nicht vorgenommen werden.

nein ja

2. Haben Sie den Antragsteller bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt?

Wann? Weshalb? Bitte Krankenblattauszug beifügen.

3. Gewicht ohne Kleidung

\_\_\_\_\_ kg

Größe ohne Schuhe

\_\_\_\_\_ cm

Bauchumfang in Nabelhöhe

\_\_\_\_\_ cm

Wurden diese Werte in Ihrer Praxis gemessen?

### 4. Herz- und Kreislaufsystem

Bestehen bei der Untersuchung Hinweise auf...

a Herzvergrößerung?

b Herzgeräusche?

c Anormale Herztöne, Rhythmusstörungen?

d Insuffizienzzeichen (Dispnoe, Ödeme)?

e Krampfadern (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)?

f Arterielle Durchblutungsstörungen (abgeschwächte periphere Pulse, Strömungs- oder Stenosegeräusche)?

bitte konkrete Angaben

### g Blutdruck und Pulsfrequenz

Bei Erhöhung von Blutdruck oder Puls bitte zweite Messung am Ende der Untersuchung.

1. Messung

Ggf. 2. Messung

Wurden die Werte unter Einnahme blutdrucksenkender Medikamente gemessen?

Welche Blutdruckwerte wurden früher gemessen?

| Blutdruck in mm Hg. |          | Pulsschläge je Minute | Davon Extraschläge je Minute |
|---------------------|----------|-----------------------|------------------------------|
| systol.             | diastol. |                       |                              |
| _____               | _____    | _____                 | _____                        |
| _____               | _____    | _____                 | _____                        |

Welche?

| Blutdruck in mm Hg. |          | Datum |
|---------------------|----------|-------|
| systol.             | diastol. |       |
| _____               | _____    | _____ |
| _____               | _____    | _____ |

### Fanden Sie bei Ihrer Untersuchung Auffälligkeiten...

(Bei „ja“ bitte detailliert erläutern)

5. ...im broncho-pulmonalen System?  
 ...im Auskultationsbefund?

6. ...im Skelett- und Muskelsystem  
 (z. B. Arthritis, Kyphose, Skoliose)?  
 ...eingeschränkte Funktion?

7. ...bei Haut und Schleimhäuten?

8. ...bei den Sinnesorganen?

9. ...beim Nervensystem (z. B. Pupillenreaktionen, Reflexe, Lähmungen, Gang) und der Psyche?

10. ...beim Hormonsystem (insbesondere die Schilddrüse)?

11. ...im Verdauungssystem (z. B. Lebervergrößerung)?

12. ...bei den Harn- und Geschlechtsorganen?

| <p><b>13. Sonstiges</b></p> <p>Haben Sie weitere krankhafte oder bisher nicht angegebene Befunde erhoben (z. B. Hernien)?</p>  | <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>ja <input type="checkbox"/></p>   | <p>Welche?</p>  |                    |           |           |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |
|--|---|---|--------------------|-----------|-----------|--|-----------|-----------|--------------|-------|-------|--------------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|-----------|-------|-------|------------------|-------|-------|-----------|-------|-------|-----|-------|-------|-------------------|-------|-------|------|-------|-------|-----------------|-------|-------|-----|-------|-------|-----------------|-------|-------|------------|-------|-------|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|----------|-------|-------|-----|-------|-------|------|-------|-------|--|--|--|------|-------|-------|
| <p><b>14. Aktuelle Laboruntersuchungen</b> (mit Datumsangaben)</p> <p><b>a Urinuntersuchung</b></p> <p>Ergebnis des Streifentests</p> <p>Sedimentbefund (bei pathologischen Streifentests)</p> <p>Bei pathologischem Befund – welche Diagnose stellen Sie?</p> <p><b>b Blutuntersuchungen</b></p> <p>HIV-Test (Ergebnis)</p> | <p>▶ Eiweiß _____ Zucker _____ Blut _____</p> <p>▶ Bilirubin _____ Urobilinogen _____ Keton _____</p> <p>▶ Leuko _____ Sonstiges _____</p> <p>▶ negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/></p> |   |                    |           |           |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |
| <p><b>15. Laborbefunde vom _____</b></p> <p>Falls maschinelle Ausdrücke der folgenden Laborwerte gefertigt und beigelegt werden, erübrigt sich die manuelle Niederschrift. Bitte achten Sie auf die Vollständigkeit.</p> <p>Bei pathologischem Befund. Welche Diagnose stellen Sie?</p>                                      |   | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Blutbild</th> <th style="text-align: center;">Gem. Wert</th> <th style="text-align: center;">Norm-Wert</th> <th style="text-align: left;"></th> <th style="text-align: center;">Gem. Wert</th> <th style="text-align: center;">Norm-Wert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Erythrozyten</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Nüchternblutzucker</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Hämoglobin (Hb)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Harnsäure</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Hämatokrit (Hkt)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Kreatinin</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>MCH</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Gesamtcholesterin</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>MCHC</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>HDL-Cholesterin</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>MCV</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>LDL-Cholesterin</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Leukozyten</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Triglyceride</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Thrombozyten</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Gamma-GT</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>BKS</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>SGOT</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>SGPT</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> | Blutbild           | Gem. Wert | Norm-Wert |  | Gem. Wert | Norm-Wert | Erythrozyten | _____ | _____ | Nüchternblutzucker | _____ | _____ | Hämoglobin (Hb) | _____ | _____ | Harnsäure | _____ | _____ | Hämatokrit (Hkt) | _____ | _____ | Kreatinin | _____ | _____ | MCH | _____ | _____ | Gesamtcholesterin | _____ | _____ | MCHC | _____ | _____ | HDL-Cholesterin | _____ | _____ | MCV | _____ | _____ | LDL-Cholesterin | _____ | _____ | Leukozyten | _____ | _____ | Triglyceride | _____ | _____ | Thrombozyten | _____ | _____ | Gamma-GT | _____ | _____ | BKS | _____ | _____ | SGOT | _____ | _____ |  |  |  | SGPT | _____ | _____ |
| Blutbild   | Gem. Wert   | Norm-Wert   |                    | Gem. Wert | Norm-Wert |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |
| Erythrozyten   | _____   | _____   | Nüchternblutzucker | _____     | _____     |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |
| Hämoglobin (Hb)  | _____   | _____   | Harnsäure          | _____     | _____     |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |
| Hämatokrit (Hkt)   | _____   | _____   | Kreatinin          | _____     | _____     |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |
| MCH  | _____   | _____   | Gesamtcholesterin  | _____     | _____     |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |
| MCHC   | _____   | _____   | HDL-Cholesterin    | _____     | _____     |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |
| MCV  | _____   | _____   | LDL-Cholesterin    | _____     | _____     |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |
| Leukozyten   | _____   | _____   | Triglyceride       | _____     | _____     |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |
| Thrombozyten   | _____   | _____   | Gamma-GT           | _____     | _____     |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |
| BKS  | _____   | _____   | SGOT               | _____     | _____     |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |
|  |   |   | SGPT               | _____     | _____     |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |
| <p><b>16. Der Arzt kann dem Untersuchten krankhafte Befunde mitteilen. Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?</b></p>  |   |   |                    |           |           |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |
| <p><b>17. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihre Informationen an den Versicherten weitergeben?</b></p>   | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>  |   |                    |           |           |  |           |           |              |       |       |                    |       |       |                 |       |       |           |       |       |                  |       |       |           |       |       |     |       |       |                   |       |       |      |       |       |                 |       |       |     |       |       |                 |       |       |            |       |       |              |       |       |              |       |       |          |       |       |     |       |       |      |       |       |  |  |  |      |       |       |

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Das Honorar (siehe Seite 1) wird nach Eingang des Zeugnisses sofort überwiesen.  
 (Bei Barüberweisung unter Abzug der Überweisungsgebühren).  
 Das Honorar ist zu überweisen auf

▶ Kontonummer

Bankleitzahl

Geldinstut

**Für die Risikobeurteilung sind auch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb bitten wir Sie, dem Untersuchten wohl KRANKHAFT BEFUNDE mitzuteilen, aber kein Urteil über die Versicherungsfähigkeit abzugeben. Der Bericht darf dem Untersuchten oder einer anderen Mittelsperson zur Weiterleitung an die Gesellschaft NUR VERSCHLOSSEN übergeben werden.**