

## Ärztliches Zeugnis

(Die Kosten für das ärztliche Zeugnis zahlt die zu untersuchende Person oder deren gesetzlicher Vertreter)

Continental Krankenversicherung

Direktion

Ruhrallee 92-94 • 44139 Dortmund

Telefon (02 31) 9 19-0

Telefax (02 31) 9 19-1798

Familienname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Antrag vom \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Maklerdirektion \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

oder Versicherungs-Nummer \_\_\_\_\_

1. Größe: \_\_\_\_\_ cm                      2. Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

3. Blutdruck (mm/Hg)  
liegend \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
stehend \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

3.1 Puls in Ruhe: \_\_\_\_\_  
nach 10 Kniebeugen: \_\_\_\_\_  
nach 2 Minuten: \_\_\_\_\_

4. Urin frisch gelassen

Eiweiß (Mikro- und Makroalbumine):  positiv                       negativ

Glucose: \_\_\_\_\_                      Sedimente: \_\_\_\_\_

5. Erkrankungen, Operationen, Unfälle in der Vorgeschichte?  ja     nein

5.1 Wenn ja, was lag vor? Wann und bei wem in Behandlung?

6. Halten Sie Herz, Kreislauf und Blutgefäßsystem für gesund?  ja     nein

6.1 Wenn nein, was liegt vor?

7. Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?  ja     nein

7.1 Wenn nein, was liegt vor?

8. Halten Sie den Bewegungsapparat für gesund?  ja     nein

8.1 Wenn nein, was liegt vor?

9. Halten Sie die Haut und die Hautanhangsgebilde für gesund?  ja     nein

9.1 Wenn nein, was liegt vor?

10. Halten Sie die Bauchorgane einschließlich der Harn- und Geschlechtsorgane für gesund?  ja  nein

---

10.1 Wenn nein, was liegt vor?

---

10.2 Für weibliche Personen: Steht eine Entbindung bevor?  ja  nein  
Wenn ja, voraussichtlicher Entbindungstermin:

---

11.a) Halten Sie das Nervensystem und die Sinnesorgane für gesund?  ja  nein

---

11.b) Ist das psychische Verhalten unauffällig?  ja  nein

---

11.1 Wenn nein, was liegt vor?

---

12. Liegen sonstige Abweichungen oder krankhafte Veränderungen vor (z.B. Hormon- oder Stoffwechselstörungen, Allergien)?  ja  nein

---

12.1 Wenn ja, was liegt vor?

---

13. Wurden besondere Befunde erhoben (auch Blutuntersuchungen, z.B. auf Rheuma, Allergien, Hepatitis und HIV-Infektionen)?  ja  nein

---

13.1 Wenn ja, welche?

---

14. Wer ist die Hausärztin/der Hausarzt?

---

15. Sind Behandlungen derzeit erforderlich bzw. vorgesehen?  ja  nein

---

15.1 Wenn ja, Art und Umfang

15.2 Name und Anschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes oder wer kann hierüber Auskunft geben:

16. Zustand des Gebisses

16.1 Halten Sie die Zähne für gesund bzw. saniert?  ja  nein

---

16.2 Wenn nein, Name u. Anschrift der/des behandelnden Zahnärztin/Zahnarztes:

---

Ort/Datum

---

Sie können dieses ärztliche Zeugnis der Continentale Krankenversicherung a.G., Ruhrallee 92-94, 44139 Dortmund, auch direkt senden.

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

---