

Ärztliches Zeugnis

(ab einem Eintrittsalter von 66 Jahren und Beantragung einer Pflegeergänzungsversicherung einzureichen)

Die Kosten für die Erstellung des ärztlichen Zeugnisses bzw. die Kosten der Untersuchung trägt der/die Antragsteller/-in!

Antragsteller/-in	Name	Vorname
	Straße, Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort
	Geburtsdatum	derzeitige berufliche Tätigkeit
	Antragsdatum	Antrags-/Vers.-Nr.

I. Erklärung des Antragstellers vor dem Hausarzt/der Hausärztin	Monat/Jahr
	Der Arzt, der diese Untersuchung durchführt, ist mein Hausarzt seit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	(Sofern Sie wegen Umzug oder ähnlichen Gründen den Arzt gewechselt haben, nennen Sie uns bitte Name und die vollständige Adresse Ihres bisherigen Hausarztes) Name des bisherigen Hausarztes <input type="text"/> Adresse des bisherigen Hausarztes <input type="text"/>

Unterschriften	Ort/Datum <input type="text"/>	Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin <input type="text"/>	Unterschrift/Stempel des Hausarztes/der Hausärztin <input type="text"/>
-----------------------	--------------------------------	--	---

II. Untersuchungsbefund für	Name	Vorname
	1. Haben Sie die Person innerhalb der letzten 3 Jahre untersucht, beraten oder behandelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, geben Sie bitte die Diagnosen und genauen Behandlungsdaten an. Erläuterung der Befunde/Abweichungen <input type="text"/>	
	2. Größe und Gewicht <input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	
	3. Macht die Person einen physisch und psychisch gesunden Eindruck? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erläuterung der Befunde/Abweichungen <input type="text"/>	
	4. Ist das Reflexverhalten normal? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erläuterung der Befunde/Abweichungen <input type="text"/>	
	5. Finden sich Hinweise auf Krankheiten/Veränderungen:	
	a) des Skelett- und Bewegungsapparates? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	b) der Sinnesorgane? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	c) des Nervensystems und der Psyche, z. B. von der Norm abweichende Verhaltens-/und Erlebnismuster? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	d) der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, z. B. Störung der Merkfähigkeit, der Konzentration, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. welche? <input type="text"/>	
e) Aktueller Funktionstest/Balancetest – nicht älter als 3 Wochen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein – Liegt eine Gangstörung o. ä. vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
f) der Gefäße? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein – Besteht ein postthrombotisches Syndrom? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein – Sind die Fußpulse tastbar? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
g) des Immunsystems (z. B. HIV/AIDS)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
h) der Nieren, der ableitenden Harnwege und des Darms? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein – Liegt eine Harn- und/oder Stuhlinkontinenz vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erläuterung der Befunde/Abweichungen <input type="text"/>		

- i) des Herzens/des Kreislaufs ja nein
- Puls in Ruhe (nach 10 Kniebeugen; Rückkehr zur Norm) ja nein
 - Blutdruck in Ruhe (nach 10 Kniebeugen) ja nein
 - Sind krankhafte Geräusche am Herzen feststellbar? ja nein
 - Besteht eine Arrhythmie? ja nein
 - Ist eine Herzvergrößerung/-verlagerung bekannt? ja nein
 - Bestehen Anzeichen einer Herzinsuffizienz? ja nein
 - Besteht Dyspnoe? ja nein

Erläuterung der Befunde/Abweichungen

6. Benötigt Ihr Patient/Ihre Patientin Hilfsmittel (z. B. Gehhilfe, Stützkorsett, etc.) oder sind solche notwendig bzw. wurden solche empfohlen? ja nein
ggf. welche?

7. Sonstiges
Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde erhoben? ja nein
ggf. welche?

8. Aktuelle Blutuntersuchung (nüchtern) – nicht älter als 3 Wochen
(liegt bereits ein aktueller Laborbericht mit den unten angegebenen Laborwerten/Normwerten vor, genügt es, wenn dieser dem Ärztlichen Zeugnis beigelegt wird). Bei abweichenden Werten bitten wir um Erläuterung (Diagnose/Grund der Abweichung).

Laborwerte vom	Normwerte	Laborwerte vom	Normwerte
Leukozyten:		Gesamtcholesterin:	
Thrombozyten:		HDL-Cholesterin:	
Erythrozyten:		LDL-Cholesterin:	
Kreatinin:		Hämatokrit:	
Harnstoff:		Hämoglobin:	
Harnsäure:		SGOT:	
Blutzucker:		SGPT:	
Triglyceride:		GAMMA GT:	
PTT:		MCV:	

Unterschriften Ort/Datum	Stempel/Unterschrift des Hausarztes/der Hausärztin
<hr/>	<hr/>