

Ärztliches Zeugnis für:

Name der zu versichernden Person: Dr. Test Kunde
Geburtsdatum der zu versichernden Person: 01.05.1980
Anschrift der zu versichernden Person: Arabellastrasse 30 80333 München

Sehr geehrte/r Ärztin / Arzt,

die oben genannte Person hat bei uns eine Versicherung beantragt, für deren Bearbeitung wir von Ihnen ein ärztliches Zeugnis benötigen. Mit Antragsstellung und diesem Schreiben wurden Sie von der Schweigepflicht entbunden. Selbstverständlich behandeln wir alle Angaben streng vertraulich.

Bitte beantworten Sie alle Fragen im Abschnitt 1 des Zeugnisses gemeinsam mit der oben genannten Person. Sollten Sie weitere Angaben aus medizinischer Sicht machen können, bringen Sie diese bitte zusätzlich mit ein. Sofern Sie der behandelnde Hausarzt sind, können Sie auch gerne ergänzend einen Karteikartenauszug der letzten 10 Jahre beifügen. Dieser sollte folgende Punkte umfassen:

Datum der Konsultation, Diagnose, Untersuchungsbefund und Anamnese, verordnete Therapie, Überweisungen, Befunde anderer medizinischer Einrichtungen. Beziehen Sie bitte auch alle zusätzlich angeforderten Untersuchungen ein.

Für das ärztliche Zeugnis erstatten wir Ihnen auf Basis der aktuellen GOÄ 60€. Laborwerte werden von uns gegen Vorlage der entsprechenden Laboratoriums- Rechnung erstattet. Kopierkosten können Sie separat auf Basis der aktuellen GOÄ mit uns abrechnen.

Wir weisen darauf hin, dass wir nur dann eine Erstattung vornehmen können, wenn das Zeugnis vollständig und leserlich ausgefüllt ist. Zudem tragen wir keine Kosten, die durch nicht geforderte Untersuchungen entstanden sind oder die über die von uns genannten Beträge hinausgehen.

**Ihre Rechnung richten Sie bitte an:
iptiQ Life S.A., Niederlassung Deutschland
81911 München**

WICHTIG: Wir können nur Rechnungen erstatten, die an die angegebene Adresse gerichtet sind!

Eine Bitte

Wenn es Ihnen möglich ist, bearbeiten Sie unser Anliegen so schnell wie möglich. Denn Ihre Informationen sind die Voraussetzung, um den Antrag im Interesse Ihres Patienten weiterverfolgen zu können.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.



Checkliste

Bitte planen Sie folgende Untersuchungen mit dem Patienten:

- ✓ **Körperliche Untersuchung**
- ✓ **Laborparameter**
- ✓ **Ruhe-EKG (alle Ableitungen, alle Seiten)**
- ✓ **Belastungs-EKG (alle Ableitungen, alle Seiten)**

Bitte legen Sie folgende Unterlagen diesem Zeugnis bei:

- ✓ **Vorliegende Befundberichte, Krankenhausberichte, Facharztberichte und Untersuchungsbefunde der letzten 10 Jahre**
- ✓ **Alle erhaltenen Seiten vollständig ausgefüllt und unterschrieben**
- ✓ **Ausdruck der Laborwerte inklusive Referenzparameter**
- ✓ **Ruhe-EKG (alle Ableitungen, alle Seiten)**
- ✓ **Belastungs-EKG (alle Ableitungen, alle Seiten)! Die einfache Abbildung der QRS-Komplexe in der Übersicht ist nicht ausreichend!**



Ärztliches Zeugnis Teil 1

Sollten Sie mit der versicherten Person verwandt oder verschwägert sein, machen Sie bitte im Folgenden keine weiteren Angaben und verweisen an einen anderen Arzt!

Bitte stellen Sie als Arzt jede der folgenden Fragen an die im Anschreiben genannte Person oder an den gesetzlichen Vertreter.

Angaben zur Familienanamnese:

Sind nach Ihrer Kenntnis bei Verwandten ersten Grades (Eltern, Großeltern, Geschwister) vor dem Erreichen des 60. Lebensjahres schwerwiegende Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus Typ II, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs aufgetreten?

Ja,

Diagnose _____ bei _____ (Anzahl Personen)

Diagnose _____ bei _____ (Anzahl Personen)

Diagnose _____ bei _____ (Anzahl Personen)

Nein

Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten 5 Jahre Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:

a) des Herz-Kreislaufsystems

Nein

Ja, folgende:

(z. B. Bluthochdruck, Herzfehler,
 Herzinfarkt, Herzfunktionsstörungen,
 Herzrhythmusstörungen,
 Herzklappenerkrankungen, Thrombosen,
 Embolien, Durchblutungsstörungen,
 Lymphödeme, Schwindel)

_____ am: _____

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?

Ja Nein, bestehend Nein, chronisch

b) der Atmungsorgane

Nein

Ja, folgende:

(z. B. chronische Bronchitis, Asthma,
 Schlafapnoe-Syndrom, Lungenemphysem,
 Rippenfellentzündungen, COPD)

_____ am: _____

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?

Ja Nein, bestehend Nein, chronisch



c) der Leber, Gallenblase und Milz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
(z. B. Gallenblasenentzündung, Gallensteine, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Leberentzündung, Hepatitis B, Hepatitis C, Milzvergrößerungen)		_____ am: _____ Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, bestehend <input type="checkbox"/> Nein, chronisch
d) der Nieren und der ableitenden Harnwege	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
(z. B. wiederkehrende Harnblasenentzündungen, Nierenentzündungen, Nierensteine, Blut und / oder Eiweiß im Urin, Nierenfunktionsstörungen, Zystennieren)		_____ am: _____ Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, bestehend <input type="checkbox"/> Nein, chronisch
e) des Gehirns, Rückenmarks und des Nervensystems	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
(z. B. Epilepsie, Lähmungen, Multiple Sklerose, wiederkehrende Ohnmacht, Gefühlsstörungen, Zittern, Migräne, Konzentrationsstörungen, Bewegungsstörungen)		_____ am: _____ Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, bestehend <input type="checkbox"/> Nein, chronisch
f) der Psyche	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
(z. B. depressive Episode, Unruhe- und Angstzustände, Angststörungen, Essstörungen, chronische Schlafstörungen, Burnout, Erschöpfungssyndrom, Selbstmordversuche)		_____ am: _____ Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, bestehend <input type="checkbox"/> Nein, chronisch



g) der Haut Nein Ja, folgende:

(z. B. Neurodermitis, endogenes Ekzem,
 Schuppenflechte, kontrollbedürftige
 Leberflecken)

am: _____

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?

Ja Nein, bestehend Nein, chronisch

h) des Blutes und des Lymphsystems Nein Ja, folgende:

(z. B. Blutarmut,
 Blutgerinnungsstörungen,
 Schwellungen der Lymphknoten,
 Lymphödeme)

am: _____

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?

Ja Nein, bestehend Nein, chronisch

i) des Stoffwechsels Nein Ja, folgende:

(z. B. Erhöhung der Blutfette,
 Diabetes Typ II, Funktionsstörungen
 der Schilddrüse, PCO-Syndrom,
 Störungen der Hypophysenfunktion,
 Hormonmangel)

am: _____

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?

Ja Nein, bestehend Nein, chronisch

j) gut- oder bösartige Tumorerkrankungen Nein Ja, folgende:

(z. B. Hautkrebs, Brustkrebs,
 Schilddrüsenkrebs, Prostatakrebs,
 Prostatavergrößerung, Darmpolypen,
 kontrollpflichtige gynäkologische
 Befunde)

am: _____

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?

Ja Nein, bestehend Nein, chronisch



k) dauerhafte (chronische) Infektionskrankheiten Nein Ja, folgende:

(z. B. Hepatitis B, Hepatitis C,
 HIV, Syphilis)

_____ am: _____

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?

Ja Nein, bestehend Nein, chronisch

l) Erkrankungen der Geschlechtsorgane Nein Ja, folgende:

(z. B. Eierstockzysten,
 Gebärmuttermundveränderungen,
 Prostatakrebs, BPH,
 kontrollpflichtige Untersuchungsbefunde,
 Veränderungen der Brust)

_____ am: _____

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?

Ja Nein, bestehend Nein, chronisch

Haben Sie in den letzten 12 Monaten über mehr als 4 Wochen in Folge Medikamente (z. B. Tabletten, Salben, Sprays) eingenommen?

Nein

Ja, folgende _____, wegen _____

_____, wegen _____

_____, wegen _____

Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht?

Nein

Ja

Wie viel Alkohol trinken Sie in einer Woche? (z. B. 1 Glas Wein, 5 Flaschen Bier, 2 Gläser Schnaps)

_____ Glas Wein, Flaschen Bier (0,5l), usw.

_____ Gläser Schnaps, Whiskey, Wodka, usw.



Wurden Sie in den letzten 5 Jahren mit einem bildgebenden Verfahren (z. B. CT, MRT, Röntgen, Ultraschalluntersuchung) untersucht?

- Nein
- Ja, folgende _____, wegen _____, am _____
_____, wegen _____, am _____
_____, wegen _____, am _____

Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen in Folge krankgeschrieben?

- Nein
- Ja, vom ____/____/20____ bis ____/____/20____, wegen _____
____/____/20____ bis ____/____/20____, wegen _____
____/____/20____ bis ____/____/20____, wegen _____

Sind Sie in den letzten 5 Jahren von weiteren Ärzten (außer dem bereits genannten) beraten, untersucht oder behandelt worden?

- Nein
- Ja, von _____ am _____, wegen _____
von _____ am _____, wegen _____
von _____ am _____, wegen _____

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus oder einer anderen stationären Einrichtung beraten, untersucht oder behandelt?

- Nein
- Ja, von _____ am _____, wegen _____
von _____ am _____, wegen _____
von _____ am _____, wegen _____



Besteht ein anerkannter Grad der Behinderung (GdB)?

- Nein
- Ja, von _____ % GdB _____, wegen _____

Wer ist Ihr Hausarzt, bzw. welchen Arzt suchen Sie gewöhnlich auf?

- Den Untersuchenden
- Den hier mit Namen und Adresse genannten

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person



Teil 2 – Ärztliche Untersuchung

Befund erhoben an: Dr. Test Kunde

am _____/_____/20_____ (Datum)

Haben Sie die versicherte Person schon vor diesem Tag untersucht, beraten oder behandelt?

- Nein
- Ja, wegen _____, am _____
_____, am _____
_____, am _____

Bitte nutzen Sie für weitere Angaben ein Extrablatt oder legen Sie die elektronische Patientenakte bei.

Allgemeine Parameter am Tag des Zeugnisses erhoben:

Gewicht (kg): _____

Körpergröße (m): _____

Hüftumfang (cm): _____

Blutdruck (systol./ diastol.): _____

Sofern der Blutdruck >140/90 mmHg liegt, bitte Ruheblutdruck nach 10 Minuten erneut kontrollieren.

Kontrollblutdruck (systol./ diastol.): _____

Pulsfrequenz (/min): _____

Puls regelmäßig? Ja Nein

Ernährungszustand: Normosom Adipös Kachektisch Muskulös



Bitte beurteilen Sie den Bewegungsapparat und das Skelett.

Befund:	unauffällig	schmerzhaft	bewegungseingeschränkt	deformiert
HWS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BWS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LWS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obere Extremitäten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untere Extremitäten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beschreiben Sie kurz den erhobenen, von der Norm abweichenden Befund:

Können Sie für die folgenden Organe / Körperbereiche einen Normalbefund bescheinigen?

	Ja	Nein, folgender auffälliger Befund:
• die Haut und Schleimhäute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
• die Sinnesorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
• das Nervensystem (normaler Reflexstatus, Sensorik, Motorik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
• das Hormonsystem, insbesondere die Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
• die Auskultation des Herzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
• die Auskultation und Perkussion der Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
• die Morphologie des Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
• die Inspektion des Mund- und Rachenraumes (Zungengrund, Tonsillen, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
• die Palpation und Auskultation des Bauchraumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
• die Palpation der Achsel, Hals- und Leistenlymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____



Finden sich Hinweise auf:

- | | Nein | Ja, folgende: |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| • eine Herzinsuffizienz
(Ödeme, Dyspnoe, usw.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| • Erkrankungen des arteriellen
Gefäßsystems (Stenosen, paVc, usw.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| • Brusterkrankungen
(Einziehungen, Verziehungen, Knoten, usw.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |

Finden sich Hinweise auf anderweitige Erkrankungen oder pathologische Befunde, die mittels der voranstehenden Fragen noch nicht erfasst wurden?

- Nein
- Ja, folgende _____



Teil 3 – Laboruntersuchungen und EKG

Bitte führen Sie bei Dr. Test Kunde einen großen Urin-Stix (Streifentest, Combur 9, usw.) durch.

Befund:

Eiweiß	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
Erythrozyten	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
Zucker	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
Leukozyten	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
Andere: _____	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

Ist der Grund die Abweichung der Urinwerte bekannt (z.B. Menstruation)?

- Ja, folgender _____
- Nein

Bitte erheben Sie folgende Laborparameter:

- ➔ Vollständiges Blutbild (Erythrozyten, Leukozyten, Hämatokrit, MCV, MCH, MCHC, Thrombozyten)
- ➔ Lipidstatus (HDL, LDL, Gesamtcholesterin, Triglyceride)
- ➔ Glucose-Stoffwechselfparameter (Hba1c, Nüchtern-BZ)
- ➔ Leberparameter (Bilirubin, GGT, GPT, GOT, AP, CHE)
- ➔ Nierenfunktionsparameter (Kreatinin, Harnstoff)
- ➔ HIV-AK-Test
- ➔ Cotinin-Test, sofern der Patient angegeben hat, Nichtraucher zu sein



Bitte führen Sie ein Ruhe-EKG und ein Belastungs-EKG durch.

Ruhe-EKG

Datum: _____

Name des/der Kardiologen/-in, Praxis: _____

Kardiologische Beurteilung:

Unterschrift des/der Kardiologen/-in, Stempel

Belastungs-EKG

Datum: _____

Name des/der Kardiologen/-in, Praxis: _____

Kardiologische Beurteilung:

Unterschrift des/der Kardiologen/-in, Stempel

Noch eine letzte Bitte:



Es liegt in Ihrem Ermessen, mit dem / der Untersuchten über auffällige Befunde zu sprechen und oder die erhobenen Befunde auszuhändigen. Um Missverständnissen vorzubeugen, teilen Sie uns bitte mit, welche Befunde, Informationen und Ergebnisse Sie mitgeteilt haben:

- Alle
- Nur folgende: _____
- Keine

Bitte äußern Sie sich nicht über Versicherungsfähigkeit, da für die Risikobeurteilung neben dieser Untersuchung noch andere Aspekte maßgeblich sind.

Ort, Datum

Unterschrift des untersuchenden Arztes, Stempel



Zur Kontrolle noch einmal unsere Checkliste für Sie:

- ✓ Vorliegende Befundberichte, Krankenhausberichte, Facharztberichte und Untersuchungsbefunde der letzten 10 Jahre
- ✓ Laborwertausdruck
- ✓ Ruhe-EKG (alle Ableitungen, alle Seiten) mit kardiologischer Beurteilung
- ✓ Belastungs-EKG (alle Ableitungen, alle Seiten) mit kardiologischer Beurteilung
- ✓ Ärztliches Zeugnis vollständig ausgefüllt und unterschrieben
- ✓ Ihre Rechnung an uns (*Achtung! Bitte rechnen Sie die angefallenen Gebühren nicht mit Ihrem Patienten, sondern direkt mit uns ab!*)

Bitte händigen Sie die ausgefüllten Unterlagen und Ihre Rechnung Ihrem Patienten aus,

ODER senden Sie die ausgefüllten Unterlagen zusammen mit Ihrer Rechnung an:

iptiQ Life S.A., Niederlassung Deutschland
81911 München

ACHTUNG! Bitte rechnen Sie ihre Kosten NICHT direkt mit der versicherten Person ab!

Bei Fragen zu diesem Schreiben erreichen Sie uns unter:

Telefon: 0671 84003-0, Montag bis Freitag, 9:00 bis 18:00 Uhr

E-Mail: risikoleben@degenia.de

Online: www.degenia.de

Vielen Dank für Ihre Bemühungen

