

Hausarztbericht für:

Name der zu versichernden Person: Dr. Test Kunde

Geburtsdatum der zu versichernden Person: 01.05.1969

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 einen hausärztlichen Bericht benötigen. Mit dem bei uns gestellten Antrag sowie diesem Schreiben wurden Sie von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht entbunden. Selbstverständlich behandeln wir alle Angaben streng vertraulich.

Bitte beantworten Sie alle von uns im Folgenden gestellten Fragen so ausführlich wie möglich. Alternativ können Sie uns einen Karteikartenauszug der letzten 10 Jahre zukommen lassen. Dann müssen Sie natürlich die folgenden Fragen nicht ausfüllen. Der Auszug muss jedoch zwingend folgende Punkte umfassen:

Datum der Konsultation, gestellte Diagnose, Untersuchungsbefunde, Anamnese, verordnete Therapien, ausgestellte Überweisungen sowie Befunde anderer medizinischer Einrichtungen.

Für das Ausstellen des hausärztlichen Berichtes erstatten wir Ihnen auf Basis der aktuellen GOÄ 40€. Kopierkosten können Sie separat auf Basis der aktuellen GOÄ (**0,18 € pro Kopie**) mit uns abrechnen. Bitte beachten Sie, dass wir keine Abweichungen vom Gebührensatz akzeptieren.

Wir weisen zudem darauf hin, dass wir nur dann eine Erstattung vornehmen können, wenn der Bericht vollständig und leserlich ausgefüllt ist oder der Karteikartenausdruck die von uns geforderten Inhalte enthält.

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!

BITTE geben Sie den bearbeiteten Bericht und Ihre Kostennote innerhalb der nächsten 14 Tage an uns oder die versicherte Person zurück. Nur dann können wir den Antrag weiterbearbeiten und den angefragten Versicherungsschutz gewährleisten.

Bitte legen Sie auch Ihnen vorliegende Befundberichte, Krankenhausberichte, Facharztberichte und Untersuchungsbefunde der letzten 10 Jahre diesem Schreiben bei.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.



Hausarztbericht für:

Zu versichernde Person: Dr. Test Kunde

Geburtsdatum: 01.05.1969

1. a) Wann haben Sie die versicherte Person das *erste* Mal beraten, behandelt oder untersucht?

Datum: _____

b) Wann haben Sie die versicherte Person das *letzte* Mal beraten, behandelt oder untersucht?

Datum: _____

2. Weswegen haben Sie die versicherte Person das letzte Mal beraten, behandelt oder untersucht?

Datum:

Diagnose:

Erneute Vorstellung erbeten:

Ja, am _____

Nein

3. Bitte nennen Sie uns folgende Werte der versicherten Person:

	Wert	Datum der Messung
Blutdruck	____/____ mmHg	_____
Größe	_____ cm	_____
Gewicht	_____ kg	_____



4. Bitte nennen Sie uns im Folgenden die Diagnosen der letzten 10 Jahre, mit denen die versicherte Person bei Ihnen in Behandlung, Beratung oder Untersuchung war.

- | | |
|----------|--------------|
| a) _____ | Datum: _____ |
| b) _____ | Datum: _____ |
| c) _____ | Datum: _____ |
| d) _____ | Datum: _____ |
| e) _____ | Datum: _____ |
| f) _____ | Datum: _____ |

Bitte nutzen Sie für weitere Angaben ein Extrablatt

5. Haben Sie die versicherte Person in den letzten 10 Jahren mehr als 3 Tage in Folge krankgeschrieben?

- Es lagen keine AU-Zeiten von mehr als 3 Tagen am Stück vor.
- Es lagen folgende AU-Zeiten von mehr als 3 Tagen am Stück vor:

- | | |
|----------|----------------------------|
| a) _____ | Datum: von _____ bis _____ |
| b) _____ | Datum: von _____ bis _____ |
| c) _____ | Datum: von _____ bis _____ |

Bitte nutzen Sie für weitere Angaben ein Extrablatt

6. Haben Sie der versicherten Person in den letzten 10 Jahren Medikamente oder andere Therapien verordnet?

- Ja, folgende:

Therapie (Medikament, usw.)	Datum	Aktuell laufend	
a) _____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b) _____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
c) _____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
d) _____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bitte nutzen Sie für weitere Angaben ein Extrablatt

- Es erfolgten keine Verordnungen



7. Haben Sie die versicherte Person in den letzten 10 Jahren zu einem Facharzt oder einem anderen Therapeuten überwiesen?

Ja, zu:

	Fachrichtung / Name	Datum	Diagnose
a)	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____
c)	_____	_____	_____
d)	_____	_____	_____

Bitte nutzen Sie für weitere Angaben ein Extrablatt

Nein

8. Wurde die versicherte Person in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus oder einer anderen stationären Einrichtung behandelt oder untersucht?

Ja, wegen:

	Diagnose	Zeitraum	Krankenhaus / Einrichtung
a)	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____
c)	_____	_____	_____
d)	_____	_____	_____

Bitte nutzen Sie für weitere Angaben ein Extrablatt

Nein



9. Sind bei der versicherten Person chronische Erkrankungen oder Beschwerden bekannt?

Ja, folgende:

	Diagnose / Beschwerdebild	Datum der Erstdiagnose	Compliant?	
a)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bitte nutzen Sie für weitere Angaben ein Extrablatt

Nein

Ort, Datum

Unterschrift des untersuchenden Arztes, Stempel



Bitte legen Sie auch Ihnen vorliegende Befundberichte, Krankenhausberichte, Facharztberichte und Untersuchungsbefunde der letzten 10 Jahre diesem Schreiben bei!

**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

