Mannheimer

Bitte zurücksenden an:

Mannheimer Krankenversicherung AG

PV2 Betrieb Krankenversicherung
Augustaanlage 66
68165 Mannheim

FD/MD: **AGT:**

Ärztliches Zeugnis für einen Antrag auf Krankenversicherung

als Anlage zum Antrag vom:
Antrags-/Versicherungsnummer:
Die Kosten trägt die zu untersuchende Person oder deren gesetzliche(r) Vertreter.

über
Herrn/Frau/Fräulein _____ Vorname(n) _____ geb. am _____
(Bei Frauen auch Geburtsname)

Beruf _____ ggf. auch Nebenberuf _____
(Genaue Angaben über die derzeitige Beschäftigung)

Wohnort _____ Straße und Haus-Nr. _____

I. Erklärung vor dem Arzt

Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und ist mit **nein** oder **ja** zu beantworten. **Zutreffendes bitte ankreuzen. Das** bei den Einzelangaben **Zutreffende** bitte **unterstreichen** und rechts erläutern. Sofern der Platz nicht ausreicht, bitte die Erläuterung auf einem gesondertem Blatt als Anlage zum Ärztlichen Zeugnis unter Angabe der jeweiligen Fragenummer vornehmen. Die Anschrift des Behandlers (Arzt, Heilpraktiker, Psychologe oder einer anderen medizinisch ausgebildeten Fachkraft, die die Behandlung durchführte, z.B. Physiotherapeut, Logopäde etc), ist nur dann anzugeben, wenn er sich in Deutschland befindet. Ansonsten genügt der Hinweis auf das Land, in dem die Behandlung stattfand.

	nein	ja	
1. **Fanden in den letzten 10 Jahren oder finden** bei Ihnen Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen statt oder wurden solche angeraten und noch nicht durchgeführt:			Welche ? _____ Wann? _____ Wie oft? _____
a) des **Herzens oder der Kreislauforgane,** z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie?	☐	☐	Behandlungsart: ☐ ambulant ☐ stationär ☐ Kur Behandlungsmaßnahme(n) (bei Medikamenten auch Dosis)/Behandler mit Anschrift: Dauer von/bis? Ausgeheilt: ☐ ja ☐ nein ☐ chronisch
b) der **Atmungsorgane**, z.B. Tuberkulose, Rippen- (Brust-)fellentzündundung, Bronchitis, Asthma, allergisches Asthma, **rezidivierende Virus-, bakterielle oder Pilzerkrankungen** im Bereich der Atmungsorgane?	☐	☐	Welche? _____ Wann? _____ Wie oft? _____ Behandlungsart: ☐ ambulant ☐ stationär ☐ Kur Behandlungsmaßnahme(n) (bei Medikamenten auch Dosis) /Behandler mit Anschrift: Dauer von/bis? Ausgeheilt: ☐ ja ☐ nein ☐ chronisch
c) der **Verdauungsorgane**, z.B.Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Lebererkrankungen, Gelbsucht, Erkrankungen der Gallenblase, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, **rezidivierende Virus-, bakterielle oder Pilzerkrankungen** im Bereich der Magen- und Darmorgane?	☐	☐	Welche? _____ Wann? _____ Wie oft? _____ Behandlungsart: ☐ ambulant ☐ stationär ☐ Kur Behandlungsmaßnahme(n) (bei Medikamenten auch Dosis) /Behandler mit Anschrift: Dauer von/bis? Ausgeheilt: ☐ ja ☐ nein ☐ chronisch
d) der **Harn- oder Geschlechtsorgane**, z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankung der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung, Erkrankungen der männlichen bzw. weiblichen Geschlechtsorgane, **rezidivierende Virus-, bakterielle oder Pilzerkrankungen** im Bereich der Harn- und Geschlechtsorgane?	☐	☐	Welche? _____ Wann? _____ Wie oft? _____ Behandlungsart: ☐ ambulant ☐ stationär ☐ Kur Behandlungsmaßnahme(n) (bei Medikamenten auch Dosis) /Behandler mit Anschrift: Dauer von/bis? Ausgeheilt: ☐ ja ☐ nein ☐ chronisch

Zutreffendes bitte ankreuzen

	nein	ja	Beantwortung der Zusatzfragen
e) - des **Gehirns- oder Rückenmarks**, - der **Nerven**, z.B. Geistesstörungen, Depressionen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen, Multiple Sklerose, Hirnleistungsschwächen, **rezidivierende Virus-, bakterielle oder Pilzerkrankungen** des zentralen Nervensystems?	☐	☐	Welche? Wann? Wie oft? _____ _____ _____ Behandlungsart: ☐ ambulant ☐ stationär ☐ Kur Behandlungsmaßnahme(n) (bei Medikamenten auch Dosis) /Behandler mit Anschrift: Dauer von/bis? Ausgeheilt: ☐ ja ☐ nein ☐ chronisch
- Befanden Sie sich in den letzten 10 Jahren oder befinden Sie sich in einer ambulanten oder stationären Psychotherapie oder wurde eine solche angeraten und (noch) nicht durchgeführt?	☐	☐	_____ Wann?Weshalb?Welche? Dauer mit Anzahl der Sitzungen?
f) der **Augen**, z.B. Herabsetzung der Sehschärfe/ der Dioptrienzahl, Erhöhung des Augeninnendrucks, Netzhautablösung, Grüner Star, Grauer Star?	☐	☐	Welche? Wann? Wie oft? _____ _____ _____ Dioptrien rechts: _____links:_____ Behandlungsart: ☐ ambulant ☐ stationär ☐ Kur Behandlungsmaßnahme(n) (bei Medikamenten auch Dosis) /Behandler mit Anschrift: Dauer von/bis? Ausgeheilt: ☐ ja ☐ nein ☐ chronisch
g) der **Ohren**, z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus?	☐	☐	Welche? Wann? Wie oft? _____ _____ _____ Behandlungsart: ☐ ambulant ☐ stationär ☐ Kur Behandlungsmaßnahme(n) (bei Medikamenten auch Dosis) /Behandler mit Anschrift: Dauer von/bis? Ausgeheilt: ☐ ja ☐ nein ☐ chronisch
h) - der **Haut (** z.B. Neurodermitis, Psoriasis**, rezidivierende Virus-, bakterielle oder Pilzerkrankungen** der Haut), - der **Drüsen**, - der **Milz**, - des **Blutes,** - wegen **Allergien?**	☐	☐	Welche? Wann? Wie oft? _____ _____ _____ Behandlungsart: ☐ ambulant ☐ stationär ☐ Kur Behandlungsmaßnahme(n) (bei Medikamenten auch Dosis) /Behandler mit Anschrift: Dauer von/bis? Ausgeheilt: ☐ ja ☐ nein ☐ chronisch Ausgeheilt: ☐ ja ☐ nein ☐ chronisch
i)- der **Knochen** und **Gelenke**, z.B. wegen Gelenkrheumatismus, juveniler Arthritis, primär chronischer Arthritis, rheumatischen Beschwerden - der **Wirbelsäule**, der **Bandscheiben**, z.B. wegen Wirbelsäulensyndrom, Morbus Bechterew, Bandscheibenvorfall, Bandscheibenprotrusion - **der Muskeln**, z.B. wegen Muskeldystrophie, Fibromyalgie ?	☐	☐	Welche? Wann? Wie oft? _____ _____ _____ Behandlungsart: ☐ ambulant ☐ stationär ☐ Kur Behandlungsmaßnahme(n) (bei Medikamenten auch Dosis) /Behandler mit Anschrift: Dauer von/bis? Ausgeheilt: ☐ ja ☐ nein ☐ chronisch
j) **wegen akuten oder chronischen Infektionskrankheiten**, z.B. Tuberkulose, Syphillis, Tropenkrankheiten, Malaria, AIDS?	☐	☐	Welche? Wann? Wie oft? Behandlungsart: ☐ ambulant ☐ stationär ☐ Kur Behandlungsmaßnahme(n) (bei Medikamenten auch Dosis) /Behandler mit Anschrift: Dauer von/bis? Ausgeheilt: ☐ ja ☐ nein ☐ chronisch

Zutreffendes bitte ankreuzen

	nein	ja	Beantwortung der Zusatzfragen
k) **wegen Geschwülsten (Tumoren) ?**	☐	☐	Welche? Wann? _____ Behandlungsart:☐ ambulant ☐ stationär ☐ Kur Behandlungsmaßnahme(n) (bei Medikamenten auch Dosis) /Behandler mit Anschrift: Dauer von/bis? Ausgeheilt: ☐ ja ☐ nein
l) **wegen: - Zuckerkrankheit,** **- Blutfetterhöhungen,** **- Harnsäureerhöhungen,** **- Gicht,** **- Funktionsstörungen der Schilddrüse?**	☐	☐	Welche? Wann? Wie oft? _____ Behandlungsart:☐ ambulant ☐ stationär ☐ Kur Behandlungsmaßnahme(n) (bei Medikamenten auch Dosis) /Behandler mit Anschrift: Dauer von/bis? Ausgeheilt: ☐ ja ☐ nein ☐ chronisch
2. Bestanden **innerhalb der letzten 3 Jahre:** - länger andauernde grippeähnliche **Gliederschmerzen** oder **Gelenkschmerzen**, - länger andauernde **Diarrhöen**, - unerklärbares **Fieber**, - unbegründete **Gewichtsabnahme**, - häufiger **Nachtschweiß,** - **Lymphknotenschwellung** **ohne dass eine Diagnose gestellt wurde?**	☐	☐	Welche? Wann? Wie oft? _____ _____ _____ Behandlungsart:☐ ambulant ☐ stationär ☐ Kur Behandlungsmaßnahme(n) (bei Medikamenten auch Dosis) /Behandler mit Anschrift: Dauer von/bis? Ausgeheilt: ☐ ja ☐ nein ☐ chronisch
3. a) Bestehen festgestellte Fehlstellungen, Fehlbildungen hinsichtlich Größe, Lage, Form, Anzahl (auch durch Amputationen oder andere Operationen) oder Funktionsbeeinträchtigungen von Extremitäten, anderen Körperteilen oder von Organen?	☐	☐	Welche? Seit wann? _____
b) Fanden wegen unerfülltem Kinderwunsch Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen statt?	☐	☐	Wann? Durch wen? (Anschrift)
4. Sind Sie in den letzten 6 Monaten mit Medikamenten, z.B. Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt worden?	☐	☐	Wann?Weshalb?Welche?Dauervon/bis?
5. a) Nahmen oder nehmen Sie häufig oder gewohnheitsmäßig Drogen oder andere Betäubungsmittel?	☐	☐	Welche? Wann? _____
b) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?	☐	☐	Welche?In welchem Umfang?Häufigkeit? _____
c) Rauchen Sie Zigaretten?	☐	☐	Wie viele täglich?
6. Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen?	☐	☐	Wann?
7. Wurde jemals eine bösartige Tumorerkrankung festgestellt?	☐	☐	Welche? Wann? Wie behandelt?
8. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	☐	☐	

Zutreffendes bitte ankreuzen

	nein	ja	Beantwortung der Zusatzfragen
9. Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?	☐	☐	Wann? Welche? Welche Folgen bestehen?
10. a) Besteht ein Invaliditätsgrad?	☐	☐	Grad: _____% Diagnosen: _____
b) Bezog, bezieht oder beantragte die zu versichernde Person Rente aus gesundheitlichen Gründen oder ist sie als Schwerbehinderte(r) anerkannt?	☐	☐	Weshalb? Von welcher Stelle?
			Bitte Kopie des Renten- oder Schwerbehindertenbescheides mit Diagnoseteil einreichen.
11. Wegen welchen Erkrankungen bestand bereits Arbeitsunfähigkeit von mehr als 4 Wochen bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit? Wann?	⇒ Antwort		
12. a) Wurden Sie mit Sonographie, Röntgenstrahlen oder Isotopen untersucht?	☐	☐	Wann? Weshalb? Ergebnis? _____
b) Sind Sie mit Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden?	☐	☐	Wann? Weshalb?
13. Wurde ein Elektrogramm aufgenommen? (Falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundberichte bitte beifügen oder nachsenden)	☐	☐	Wann? Weshalb? Ergebnis?
14. a) Haben andere Ärzte - außer den bereits genannten - Sie innerhalb der letzten 5 Jahre untersucht, beraten oder behandelt?	☐	☐	Welche (Anschrift)? Wann? Weshalb? _____
b) Welchen Arzt haben Sie zuletzt in Anspruch genommen?	⇒ Antwort		Anschrift? Wann? Weshalb? _____
c) Haben Sie einen Heilbehandler (z.B. Hausarzt aber auch sonstige Heilbehandler), den Sie üblicherweise konsultieren?	☐	☐	Wenn ja, bitte Anschrift; Wann zuletzt? Warum?
15. **Bei Frauen**			
a) Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐	In welcher Woche? _____
b) Sind evtl. vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen?	☐	☐	
Zahn:			
16. a) Fanden in den letzten 3 Jahren zahnärztiche Untersuchungen oder Behandlungen statt?	☐	☐	Behandler (Anschrift):
b) Bei Personen über 10 Jahren: Fehlen natürliche Zähne (außer Weisheitszähne), die nicht ersetzt wurden, auch nicht durch Lückenschluss?	☐	☐	Wie viele?
c) Wie viele Zähne wurden bisher - mit Kronen oder Teilkronen versorgt einschl. der Kronen/Teilkronen zur Verankerung von Brücken	☐	☐	Anzahl so versorgter Zähne: _____ davon innerhalb der letzten 5 Jahre: _____
- durch Brücken und/oder eine Voll- oder Teilprothese ersetzt	☐	☐	Anzahl so ersetzter Zähne: _____ davon innerhalb der letzten 5 Jahre:: _____
d) Wie viele Zähne wurden bisher durch Implantate ersetzt?	☐	☐	Anzahl so ersetzter Zähne: _____ davon innerhalb der letzten 5 Jahre: _____
e) Wurde innerhalb der letzten 3 Jahre eine parodontale Erkrankung festgestellt oder behandelt?	☐	☐	Welche? Durch wen?(Anschrift)

			Zutreffendes bitte ankreuzen		
			nein	**ja**	**Beantwortung der Zusatzfragen**
16.	f)	Wurde die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Zahn- oder Kieferregulierung oder eine sonstige zahnärztliche Behandlung in den letzten 3 Jahren angeraten und noch nicht oder noch nicht abschließend durchgeführt?	☐	☐	Welche? Durch wen?(Anschrift) Wenn ja, bitte Heil-und Kostenplan mit einreichen
	g)	Ist provisorischer Zahnersatz vorhanden?	☐	☐	Wenn ja, bitte Heil-und Kostenplan mit einreichen

Die vorstehenden Fragen habe ich gegenüber dem untersuchenden Arzt nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass der Versicherer bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten und leistungsfrei sein kann. Mir ist bekannt, dass ich für die Richtigkeit der Angaben verantwortlich bin, auch wenn die Antworten auf die vorstehenden Gesundheitsfragen nicht von mir, sondern vom untersuchenden Arzt nach meinen Angaben niedergeschrieben sind.
Mir ist bekannt, dass dieses ärztliche Zeugnis wichtiger Bestandteil der für den Vertragsabschluß erforderlichen Antragsunterlagen ist.
Den untersuchenden Arzt entbinde ich von seiner Schweigepflicht.

Ort und Datum

Unterschrift der zu versichernden Person, bei Minderjährigen auch Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

II. Untersuchungsbefund

Bitte führen Sie zusätzlich zur Beantwortung der nachfolgenden Fragen folgende Laboruntersuchungen durch und fügen die Befunde im Original bei:

Schilddrüse: T3, T4, TSH, **Leber:** GPT (ALT), Gamma-GT, GOT (AST); **Bauchspeicheldrüse:** Alpha-Amylase, Blutzucker, Lipase, **Blutsenkung:** BSG; **Nieren:** Kreatinin; **Kleines Blutbild:** Leukozyten, Erythrozyten, Hämoglobin, Hämatokrit; **Harnsäure**; **Fettstoffwechsel:** Cholesterin (Gesamtcholesterin, HDL und LDL), Triglyzeride; **Entzündung:** C-reaktives Protein (CRP).

Zutreffendes bitte ankreuzen

Auf welche Art und Weise haben Sie sich von der Identität der zu versichernden Person überzeugt? ☐ persönlich bekannt ☐ Personalausweis Nr.:_____

	nein	ja	
Sind Sie mit der zu untersuchenden Person verwandt oder verschwägert? (Falls zutreffend, darf die Untersuchung nicht vorgenommen werden.)	☐	☐	
Haben Sie die zu versichernde Person bereits untersucht, beraten oder behandelt?	☐	☐	**Wann und weshalb?** _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

	nein	ja	
2. Halten Sie **Skelett und Bewegungsapparat** für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor? Falls vorhanden, bitte Stützapparate, orthopädische Schuhe, Einlagen oder Prothesen angeben.	☐	☐	_____
3. Halten Sie **Haut und Schleimhäute** für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	☐	☐	_____
4. Halten Sie **die Sinnesorgane** für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor? Falls vorhanden, bitte Art und Anzahl der Hör- und Sehhilfen angeben.	☐	☐	_____
5. Halten Sie **Nervensystem und Psyche** für gesund, insbesondere verhalten sich die Reflexe (Pupillenreaktion, Patellar- und Achillessehnenreflex, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflexe, Romberg) normal? Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?	☐	☐	_____
6. Halten Sie das **Hormonsystem** – insbesondere die **Schilddrüse** - für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	☐	☐	_____
7. **Herz und Kreislauf**			
a) Besteht perkutorisch ein Anhalt für eine Herzvergrößerung?	☐	☐	Ausmaß: _____
b) Sind Herztöne rein und normal betont?	☐	☐	
c) Bestehen Geräusche? Welche? Wo?	☐	☐	_____
d) Sind die Geräusche organisch?	☐	☐	
e) Blutdruck und Pulsfrequenz			**Pulsschläge je Minute** / **Blutdruck in mm Hg**
in Ruhe:			_____ syst._____ diast._____
nach Belastung mit_____ (Bitte Art und Ausmaß angeben)			_____ syst._____ diast._____
Rückkehrzeit:			_____
f) Ist der Puls in Ruhe und nach Belastung gleich- und regelmäßig? Wenn nicht, worin bestehen die Abweichungen? Bei Extrasystolen: Wie viele in der Minute in Ruhe und nach Belastung?	☐	☐	_____
g) Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen (Atemnot, Cyanose, Ödeme)?	☐	☐	_____
h) Sind Krampfadern vorhanden? (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)	☐	☐	_____
i) Können Sie noch zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen?	☐	☐	Wenn ja, welche? _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

	nein	ja	
8. **Atmungsorgane**			
a) Besteht Heiserkeit? Husten? Seit wann? Ursache?	☐	☐	_____
b) Form und Wölbung des Brustkorbs?	⇒ Antwort		_____
c) Ergebnis der Perkussion und Auskultation:	⇒ Antwort		_____
d) Halten Sie die Atmungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	☐	☐	_____
9, **Verdauungsorgane**:			
a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Rachen? Welcher?	☐	☐	_____
b) Ergebnis der Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauches (Magen, Leber, Gallenblase, Pankreas; Milz und Darm):	⇒ Antwort		_____
c) Halten Sie die Verdauungsorgane für gesund? Wenn nein , welches Leiden liegt vor	☐	☐	_____
d) Besteht aus Ihrer Sicht die Notwendigkeit von Untersuchungen/Behandlungen der Zähne-, des Zahnfleischs und/ oder des Kiefers?	☐	☐	Welche? _____
10. **Harn- und Geschlechtsorgane (Bitte das Laborblatt mit dem Ergebnis der Untersuchungsparameter im Original beifügen)**			
Harnuntersuchung**:** Wurde der Harn in Ihren Praxisräumen entleert?	☐	☐	

Enthält der Harn: Eiweiß (Mikroalbumine)? _____ Zucker? _____ Ist Urobilinogen vermehrt? _____

Sedimentbefund: _____

b) Halten Sie die Harn- und Geschlechtsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	☐	☐	_____
c) Bei Frauen: Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der weiblichen Organe? Wenn ja, welches Leiden? Behandlung?	☐	☐	_____
11. **Sonstiges**			
a) Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde (z.B. Drüsenschwellung) erhoben?	☐	☐	Welche? _____
b) Sind nach Ihrer Ansicht ambulante oder stationäre Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen angeraten?	☐	☐	Welche? _____
c) Ist aufgrund der Anamnese bzw. der jetzt erhobenen Befunde mit vorzeitiger Arbeits- oder Berufsunfähigkeit zu rechnen? Wegen welcher Erkrankung? Ggf. Fremdbefunde beifügen.	☐	☐	_____
d) Sind Ihnen andere Tatsachen oder Ereignisse bekannt, durch die der Untersuchte in seiner Arbeits- oder Berufsfähigkeit beeinträchtigt werden könnte?	☐	☐	Welche? _____
e) Bestehen Hinweise, dass der Patient operiert wurde oder dass eine Operation angeraten ist?	☐	☐	Welche? Wann? _____
f) Ist der/die Untersuchte Angehörige(r) einer HIV- infektionsgefährdeten Risikogruppe?	☐	☐	

g) Der Arzt kann dem Untersuchten krankhafte Befunde mitteilen. Welche Befunde haben Sie mitgeteilt? Weitere Bemerkungen?

_____

h) Die Untersuchung fand statt um _____ Uhr ☐ in meinem Sprechzimmer, ☐ in der Wohnung des Untersuchten.

III. Abschlußerklärung des Arztes

Als untersuchender Arzt versichere ich,

1. dass ich die Antworten auf alle nach Ziff. I. (Erklärung vor dem Arzt) von mir zu stellenden Fragen vollständig nach den Angaben der untersuchten Person niedergeschrieben habe;
2. dass ich alle nach Ziff. II. (Untersuchungsbefund) zu beantwortenden Fragen vollständig und unter Beachtung der anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst beantwortete habe.

IV. Die Kosten für das Ärztliche Zeugnis und für die Ermittlung der Laborwerte trägt die zu untersuchende Person oder deren gesetzliche(r) Vertreter

_____ _____

Ort, Datum **Stempel und Unterschrift des Arztes**