



Ärztliches Zeugnis zum Versicherungsantrag bei der Mannheimer Versicherung AG

Versicherungsantrag

Datum _____
Antragsnummer _____

Versicherte Person

Nachname _____ Straße _____
Vorname _____ Postleitzahl _____ Wohnort _____
Geburtsdatum _____ Versicherungsnummer _____

Ärztliches Zeugnis

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. Halten Sie das Nervensystem und die Sinnesorgane für gesund? ja nein
11.1 Wenn **nein**, was liegt vor?

Ärztliches Zeugnis (Fortsetzung)

12. Ist das psychische Verhalten unauffällig? ja nein

12.1 Wenn **nein**, was liegt vor?

|

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

13.1 Wenn **ja**, was liegt vor?

|

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

14.1 Wenn **ja**, welche?

|

15. Wer ist die Hausärztin/der Hausarzt?

|

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

16.1 Wenn **ja**, Art und Umfang

|

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

|

17. Zustand des Gebisses

17.1 Halten Sie die Zähne für gesund bzw. saniert?

ja nein

17.2 Wenn **nein**, Name und Anschrift der/des behandelnden Zahnärztin/Zahnarztes:

|

Bitte fügen Sie alle aktuellen Befunde der letzten 24 Monate, die sich aus den folgenden Laboruntersuchungen ergeben, im Original bei. Liegen keine Laborwerte vor oder sind diese älter als 24 Monate, ist ein aktueller Laborbefund erforderlich.

Kleines Blutbild: Erythrozyten, Hämatokrit, Hämoglobin, Leukozyten, Thrombozyten

Fettstoffwechsel: Gesamtcholesterin, Triglyzeride, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin

Leber: GPT (ALT), Gamma-GT, GOT (AST)

Bauchspeicheldrüse: Alpha-Amylase, Blutzucker, Lipase

Niere: Harnsäure, Kreatinin, Urinstatus (Bilirubin, Erythrozyten/Hämoglobin im Urin, Leukozyten im Urin, pH-Wert, Glucose, Keton, Protein, Urobilin, Urobilinogen)

Schilddrüse: T₃, T₄, TSH basal

Entzündung: C-reaktives Protein (CRP)

Die Kosten für dieses ärztliche Zeugnis trägt die zu versichernde Person oder deren gesetzlicher Vertreter.

Identitätsprüfung

Die Identität der zu versichernden/zu untersuchenden Person wurde überprüft (z. B. durch Ausweiskopie/Reisepass) und kann bestätigt werden.

Datum |

Stempel und Unterschrift
der Ärztin/des Arztes |

|

Unterschrift

Datum |

Stempel und Unterschrift
der Ärztin/des Arztes |

|

Sie können dieses ärztliche Zeugnis der Mannheimer Versicherung AG auch direkt senden.