

# Ärztliches Zeugnis

zum Antrag vom \_\_\_\_\_ (sofern bekannt: Versicherung Nr. \_\_\_\_\_)  
auf Abschluss einer Krankenversicherung **ohne Wartezeiten** für

Name, Vorname des Antragstellers)

(Geburtsdatum)

(Anschrift des Antragstellers)

Ich bitte um ein ärztliches Zeugnis über mich/mein Kind

(Vorname und ggf. Name der zu untersuchenden Person)

Bitte senden an

**HanseMerkur**  
Krankenversicherung aG  
20352 Hamburg

Erhält die HanseMerkur das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung, d.h. bis spätestens \_\_\_\_\_, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt und damit ohne Wartezeiterlass. Die Kosten für die Untersuchung und das ärztliche Zeugnis werden von mir getragen. Mir ist bekannt, dass das ärztliche Zeugnis auch bei Ablehnung des Antrags in das Eigentum der HanseMerkur übergeht.

Ich befreie hiermit den untersuchenden Arzt von der gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige ihn, der HanseMerkur alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der zu untersuchenden Person bzw. deren gesetzlichen Vertreters)

**A) Eigene Vorgeschichte:** (Zeiten, Diagnosen, Behandlungen (Krankenhaus/Sanatorium/Kur/ambulant), beh. Ärzte)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese:**

Appetit:	Durst:	Schlaf:
Gewicht: kg	(Zunahme/Abnahme kg	Wochen, gewollt ja/nein)
Miktion:	Stuhlgang:	Menses regelm. ja/nein, zuletzt:
letzte gyn. Untersuchung:	besteht eine Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (SSW: )
Nykturie: mal	Husten:	Auswurf:
Nachtschweiß:	Luftnot in Ruhe:	bei Belastung:
Alkohol:	Nikotin:	allergische Reaktionen:
Medikamente (Drogen):		Asthma:

**Welche aktuellen Krankheiten** sind zurzeit bekannt: \_\_\_\_\_

Aktuelle Therapie: \_\_\_\_\_

**Welche Beschwerden** bestehen zurzeit: \_\_\_\_\_

**B) Untersuchungsbefunde:**

Größe: cm	Gewicht: kg	sichtbare Behinderung:
Zyanose: Ikterus:	Oedeme:	Einflussstauung LK
Struma:	HU: cm	

**Kopf und Sinnesorgane:**

**Mundhöhle:** Schleimhäute: \_\_\_\_\_ Rachenring: \_\_\_\_\_  
Zahnstatus: \_\_\_\_\_ **Bitte wenden!**

(Vorname und ggf. Name der zu untersuchenden Person)

<b>Herz:</b>	HG: _____ HT: _____ HF: _____ / min, regelm./unregelm. RR (ggf. korr.): _____ mmHg periphere Pulse: _____
<b>Pulmo:</b>	Klopfschall: _____ Auskultationsbefund: _____
<b>Abdomen:</b>	_____
<b>Leber:</b>	_____ cm u. Rb., Konsistenz: _____ Milz: _____
<b>Path. Resisten- zen:</b>	_____ Bruchforten: _____
<b>Nierenlager:</b>	_____ <b>Genitale:</b> _____
<b>Rektale Untersuchung:</b>	_____ <b>Mammae (z.B. Hypertrophie o.a.):</b> _____
<b>Varizen:</b>	_____ <b>Besteht eine Sterilität?</b> _____
<b>Skelettsystem:</b>	_____
<b>Haut:</b>	_____
<b>Neurologisch:</b>	_____
<b>Psychischer Eindruck:</b>	_____

<b>Angabe nur dann, wenn Daten vorliegen. Stand der Untersuchung vom:</b> _____ (nüchtern)
<b>Labor:</b> BSG: _____ BB: _____ BZ: _____ Cholesterin: _____ Triglyceride: _____ Urinstatus: _____

<b>Besondere Befunde:</b> _____ _____ _____
<b>Sind Anomalien erkennbar?</b> _____
<b>Zusammenfassende Beurteilung:</b> _____ _____ _____ _____
Seit wann ist Ihnen der/die Patient/in bekannt? _____

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.

Bitte in verschlossenem Umschlag an

# Hanse Merkur

Krankenversicherung aG

einsenden.

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Arztes)