

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)

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

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

Besondere Befunde: _____

Sind Anomalien erkennbar? _____

Zusammenfassende Beurteilung: _____

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)