

Arzt / Ärztin, Stempel (genaue Anschrift)

Gesellschaft

Policen- / Antrags-Nr.

Bitte beachten

■ Wir bitten **den Arzt / die Ärztin**, die Fragen mit der zu versichernden Person gemeinsam durchzugehen und wenn möglich die Antworten selbst einzutragen.

■ Bitte gut **leserliche Druckschrift** verwenden. Danke.

■ Wenn nicht bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind, ist es den Versicherern von Gesetzes wegen untersagt, nach Ergebnissen aus **genetischen Untersuchungen** zu fragen, die vor der Geburt durchgeführt wurden oder die, bevor Symptome aufgetreten sind, zur Feststellung einer Krankheitsveranlagung dienen (**präsymptomatische Untersuchungen**). Sind die Voraussetzungen für das Fragerecht erfüllt, erfolgt die Abklärung mit einem separaten Formular. Deshalb müssen solche Untersuchungsergebnisse in diesem Fragebogen nicht angegeben werden. Freiwillig eingereichte Resultate dürfen von den Versicherern nicht verwendet werden.

Genetische Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken, d. h. zur Abklärung bereits feststellbarer Krankheitssymptome, sind von der Gesetzesbestimmung nicht betroffen und müssen deklariert werden.

■ Personenbegriffe im vorliegenden Formular stehen für weibliche und für männliche Personen.

Personalien der zu versichernden Person

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beschreibung der aktuellen beruflichen Tätigkeit	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Strasse, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nr.	Fragen	nein	ja	Nähere Angaben
01	Treiben Sie regelmässig Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welchen? Wie oft?
02	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Raucherwaren, Tabak bzw. Nikotin in einer anderen Form konsumiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> E-Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren <input type="checkbox"/> Pfeife <input type="checkbox"/> Etwas anderes (z.B. Wasserpfeife, Kautabak, Nikotinpflaster) Was? Tägliche Menge? Wann zuletzt?
03	Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? Menge? Häufigkeit?
04	Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren im Zusammenhang mit Ihrem Alkoholkonsum beraten oder behandelt (inkl. spezielle Abklärungen / Untersuchungen / Beratungsstelle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann? Durch wen? Name und Anschrift
05	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? Wie oft? Wie lange? Wann zuletzt?
06	Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig oder wiederholt Medikamente ein oder wurden Ihnen Medikamente verordnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? Wie oft? Weshalb? Von wann bis wann?
07 a.	Bestehen bei Ihnen gegenwärtig irgendwelche Krankheiten / gesundheitliche Störungen / Unfallfolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
b.	Ist Ihre Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit in irgendeiner Weise eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weshalb? Seit wann? Grad / Ausmass?
c.	Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 4 Wochen ohne Unterbrechung ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weshalb? Von wann bis wann?
d.	Fand jemals eine Anmeldung bei einer Versicherung für medizinische, schulische, berufliche oder andere Massnahmen statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei welcher Versicherung? Wann? Weshalb?
08	Sind bei Ihren Eltern, Geschwistern, Grosseltern vor Alter 55 Erkrankungen des Nervensystems, Herzkrankheiten, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Krebs oder Erbkrankheiten vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Krankheiten? Bei wie vielen Personen?

Datum und Unterschrift der zu versichernden Person	Datum	Unterschrift
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nr.	Fragen	nein	ja	Nähere Angaben
09	Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren Krankheiten, Störungen oder Beschwerden			Welche? Wann? Wie lange? Geheilt? Ärzte / andere Therapeuten mit Adressen:
a.	der Atmungsorgane , wie Asthma, wiederholte oder chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungentuberkulose oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	des Herzens oder der Blutgefäße , wie erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Hirnschlag, Venenentzündung, Krampfadern oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	der Verdauungsorgane , wie Zwerchfellbruch, Magen- oder Darmgeschwüre, -entzündungen, -blutungen, Hämorrhoiden, Gelbsucht, Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Bauchspeicheldrüse oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	der Harn- oder Geschlechtsorgane , wie Nieren-, Harnleiter-, Blasen-, Prostata- oder Hoden-, Gebärmutter- oder Eierstockkrankheiten, Erkrankungen der weiblichen Brust, Steinleiden, Blut oder Eiweiss im Urin oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	des Nervensystems , wie Epilepsie, Schwindel, Kopfschmerzen, Lähmungen, Nervenentzündungen oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	der Psyche , wie Depression, Angst-, Belastungs-, Ess-, psychosomatische Störung oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	des Bewegungsapparates (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder, Sehnen) wie Rücken-, Nacken- und Schulterbeschwerden, Arthrose, Rheuma oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	der Augen , wie Abweichungen von der normalen Sehschärfe, Sehschwäche, grauer oder grüner Star, Netzhauterkrankungen oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dioptrien: links ____ / rechts ____
i.	des Gehörs , wie Schwerhörigkeit, Entzündungen, Tinnitus oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j.	des Stoffwechsels oder des Blutes , wie Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Hormonstörungen (Schilddrüse, Nebennieren), Blutarmut, Gerinnungsstörungen oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k.	des Immunsystems oder Infektionskrankheiten , wie HIV-Infektion, sexuell übertragbare Krankheiten, Hepatitis, Borreliose, Tropenkrankheiten oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l.	oder andere Krankheiten, Störungen oder Beschwerden, nach denen oben nicht gefragt wurde (z.B. Hautkrankheiten, Allergien, gutartiger oder bösartiger Tumor, Missbildung, Geburtsgebrechen, Burn out usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Ist eine medizinische Abklärung / Behandlung, ein Spitalaufenthalt oder eine Operation vorgesehen oder empfohlen worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weshalb?
12	Haben Sie in den letzten 5 Jahren bisher nicht genannte Ärzte, Chiropraktoren, Osteopathen, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten oder andere im Gesundheitsbereich tätige Fachpersonen konsultiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Namen und genaue Anschriften
13	Welchen Arzt haben Sie zuletzt konsultiert?	⇒		Name und genaue Anschrift
		⇒		Weshalb? Wann? Geheilt? Ergebnis?
14	Welcher Arzt ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert?	⇒		Name und genaue Anschrift

Ich erkläre hiermit, die Fragen 1 – 14 wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Von der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben hängt die Gültigkeit des Vertrages ab. Ich ermächtige die von der Gesellschaft angefragten Ärzte, medizinischen Institutionen und Versicherungseinrichtungen, die zur Antragsprüfung benötigten Auskünfte zu erteilen.

Ort Datum Unterschrift der zu versichernden Person

Ich erkläre, die einzelnen Fragen mit der zu versichernden Person durchgegangen zu sein.

Ort Datum Unterschrift Arzt / Ärztin

Ärztliche Beurteilung zur Anamnese:

Ärztliche Untersuchung inklusive Urinkontrolle

Bitte krankhafte oder abnorme Befunde erläutern. Danke.

Nr. Fragen	nein	ja	Nähere Angaben
15 a. Datum der ärztlichen Untersuchung:			⇒ <input style="width: 80px;" type="text"/>
b. Ist Ihnen die zu versichernde Person persönlich bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persönlich bekannt seit: <input style="width: 80px;" type="text"/> Identität geprüft aufgrund von: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> Führerausweis <input type="checkbox"/> Ausländerausweis
c. Haben Sie die zu versichernde Person schon selbst untersucht oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann? Warum? Ergebnis?
16 Grösse (ohne Schuhe)/ Gewicht (unbekleidet)			⇒ <input style="width: 80px;" type="text"/> cm <input style="width: 80px;" type="text"/> kg
Bei Übergewicht (BMI > 25)			⇒ Bauchumfang <input style="width: 80px;" type="text"/> cm Hüftumfang <input style="width: 80px;" type="text"/> cm
17 Haut Liegt eine Erkrankung der Haut vor oder sind Narben vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 Atmungsorgane			
a. Sind die Ergebnisse von Perkussion und Auskultation abnorm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ursache?
b. Sind Anzeichen für eine Erkrankung der Atemwege vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19 Herz- und Kreislauf			
a. Finden Sie ein Herzgeräusch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: <input type="checkbox"/> systolisch <input type="checkbox"/> diastolisch
Punktum maximum und Fortleitung?			⇒
Ist das Geräusch pathologisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Sind Karotisgeräusche hörbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Pulsfrequenz, Blutdruck			⇒ Pulsschläge pro Minute <input style="width: 80px;" type="text"/>
			⇒ Blutdruck in mmHg systolisch <input style="width: 80px;" type="text"/> / diastolisch <input style="width: 80px;" type="text"/>
Bitte Messung wiederholen, wenn Werte über 135/85 mmHg.			⇒ Blutdruck 2. Messung <input style="width: 80px;" type="text"/> / <input style="width: 80px;" type="text"/>
d. Pulsrhythmus			⇒ <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig
e. Sind Gefässgeräusche hörbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo?
f. Fehlen die Fusspulse oder sind sie abgeschwächt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen (Atemnot, Zyanose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Liegen Varizen oder Zeichen einer chronisch venösen Insuffizienz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum und Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Datum

Unterschrift

Nr.	Fragen	nein	ja	Nähere Angaben
20	Verdauungsorgane und Abdomen			
	a. Zeigen Zähne, Zunge, Mandeln, Mundschleimhaut oder Rachen etwas Abnormes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Ergeben Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation des Abdomens Auffälligkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. Ist eine Hernie vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	Harn- und Geschlechtsorgane			
	a. Für männliche Personen: Gibt es Hinweise auf Erkrankungen der Harn- oder Geschlechtsorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Für weibliche Personen: Gibt es Hinweise auf Erkrankungen der Harn- oder Geschlechtsorgane, auf krankhafte Veränderungen der Mammae oder liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	Nervensystem/ Sinnesorgane			
	a. Sind Anzeichen für eine Erkrankung der Sinnesorgane vorhanden, insbesondere Seh- oder Hörverminderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Bestehen Hinweise auf neurologische Erkrankungen oder Defizite, z.B. Motorik, Reflexe, Sensibilität, Gleichgewicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	Psyche Sind psychische Auffälligkeiten erkennbar (z.B. unangemessene Stimmungslage oder Verhaltensauffälligkeiten) oder gibt es Hinweise auf aktuelle Belastungssituationen oder Konflikte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	Skelett/ Bewegungsapparat Bestehen Anzeichen für eine Erkrankung oder Deformation der Wirbelsäule oder des übrigen Bewegungsapparates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	Sonstiges			
	a. Sind vergrößerte Lymphknoten feststellbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo?
	b. Gibt es Hinweise auf endokrinologische Störungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. Gibt es Hinweise auf Essstörungen, Alkoholabusus oder Drogenkonsum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d. Wurden andere, möglicherweise risikoe erhöhende Befunde erhoben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	Harnuntersuchung Resultat der Urinkontrolle (bitte quantitative Angaben machen)		\Leftrightarrow	

Bemerkungen:

(weitere Feststellungen, zum Beispiel Risikofaktoren, Untersuchungs- und/ oder Therapievorschläge)

Bitte Kopien von vorhandenen Untersuchungsergebnissen beilegen. Danke.

Ich bestätige hiermit, dass ich die zu versichernde Person befragt, untersucht und vorstehende Fragen 15–26 nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Ort	Datum	Unterschrift Arzt / Ärztin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>