ÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaften

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 dienten **(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	

Strasse, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	Land

Nr.	Fragen	nein	ja	Nähere Angaben
01	Treiben Sie regelmässig Sport?	☐	☐	Welchen? Wie oft?
02	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Raucherwaren, Tabak bzw. Nikotin in einer anderen Form konsumiert?	☐	☐	☐ Zigaretten ☐ E-Zigaretten ☐ Zigarren ☐ Pfeife ☐ Etwas anderes (z.B. Wasserpfeife, Kautabak, Nikotinpflaster) Was? Tägliche Menge? Wann zuletzt?
03	Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?	☐	☐	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)?	☐	☐	Wann? Durch wen? Name und Anschrift
05	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen?	☐	☐	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?	☐	☐	Welche? Wie oft? Weshalb? Von wann bis wann?
07 a.	Bestehen bei Ihnen gegenwärtig irgendwelche Krankheiten / gesundheitliche Störungen / Unfallfolgen?	☐	☐	Welche?
b.	Ist Ihre Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit in irgendeiner Weise eingeschränkt?	☐	☐	Weshalb? Seit wann? Grad / Ausmass?
c.	Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 4 Wochen ohne Unterbrechung ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	☐	☐	Weshalb? Von wann bis wann?
d.	Fand jemals eine Anmeldung bei einer Versicherung für medizinische, schulische, berufliche oder andere Massnahmen statt?	☐	☐	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?	☐	☐	Welche Krankheiten? Bei wie vielen Personen?

Datum und Unterschrift der zu versichernden Person

Datum	Unterschrift

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?	☐	☐			
b.	des **Herzens oder der Blutgefässe**, wie erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Hirnschlag, Venenentzündung, Krampfadern oder andere?	☐	☐			
c.	der **Verdauungsorgane**, wie Zwerchfellbruch, Magen- oder Darmgeschwüre, -entzündungen, -blutungen, Hämorrhoiden, Gelbsucht, Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Bauchspeicheldrüse oder andere?	☐	☐			
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?	☐	☐			
e.	des **Nervensystems**, wie Epilepsie, Schwindel, Kopfschmerzen, Lähmungen, Nervenentzündungen oder andere?	☐	☐			
f.	der **Psyche**, wie Depression, Angst-, Belastungs-, Ess-, psychosomatische Störung oder andere?	☐	☐			
g.	des **Bewegungsapparates** (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder, Sehnen) wie Rücken-, Nacken- und Schulterbeschwerden, Arthrose, Rheuma oder andere?	☐	☐			
h.	der **Augen**, wie Abweichungen von der normalen Sehschärfe, Sehschwäche, grauer oder grüner Star, Netzhauterkrankungen oder andere?	☐	☐	Dioptrien: links ____ / rechts ____		
i.	des **Gehörs**, wie Schwerhörigkeit, Entzündungen, Tinnitus oder andere?	☐	☐			
j.	des **Stoffwechsels oder des Blutes**, wie Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Hormonstörungen (Schilddrüse, Nebennieren), Blutarmut, Gerinnungsstörungen oder andere?	☐	☐			
k.	des **Immunsystems oder Infektionskrankheiten**, wie HIV-Infektion, sexuell übertragbare Krankheiten, Hepatitis, Borreliose, Tropenkrankheiten oder andere?	☐	☐			
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.)?	☐	☐			
10	Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	☐	☐			
11	Ist eine medizinische Abklärung / Behandlung, ein Spitalaufenthalt oder eine Operation vorgesehen oder empfohlen worden?	☐	☐	Weshalb?		
12	Haben Sie in den **letzten 5 Jahren** bisher nicht genannte Ärzte, Chiropraktoren, Osteopathen, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten oder andere im Gesundheitsbereich tätige Fachpersonen konsultiert?	☐	☐	Namen und genaue Anschriften Weshalb?	Wann?	Geheilt?
13	Welchen Arzt haben Sie zuletzt konsultiert?	⇨		Name und genaue Anschrift Weshalb?	Wann?	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:	⇨		
b.	Ist Ihnen die zu versichernde Person persönlich bekannt?	☐	☐	Persönlich bekannt seit: Identität geprüft aufgrund von: ☐ Pass ☐ ID ☐ Führerausweis ☐ Ausländerausweis
c.	Haben Sie die zu versichernde Person schon selbst untersucht oder behandelt?	☐	☐	Wann? Warum? Ergebnis?
16	**Grösse** (ohne Schuhe) / **Gewicht** (unbekleidet)	⇨		cm kg
	Bei Übergewicht (BMI > 25)	⇨		Bauchumfang cm Hüftumfang cm
17	**Haut** Liegt eine Erkrankung der Haut vor oder sind Narben vorhanden?	☐	☐	
18	**Atmungsorgane**			
a.	Sind die Ergebnisse von Perkussion und Auskultation abnorm?	☐	☐	Ursache?
b.	Sind Anzeichen für eine Erkrankung der Atemwege vorhanden?	☐	☐	
19	**Herz- und Kreislauf**			
a.	Finden Sie ein Herzgeräusch?	☐	☐	Wenn ja: ☐ systolisch ☐ diastolisch
	Punktum maximum und Fortleitung?	⇨		
	Ist das Geräusch pathologisch?	☐	☐	
b.	Sind Karotisgeräusche hörbar?	☐	☐	
c.	Pulsfrequenz, Blutdruck	⇨		Pulsschläge pro Minute
		⇨		Blutdruck in mmHg: systolisch / diastolisch
	Bitte Messung wiederholen, wenn Werte über 135 / 85 mmHg.	⇨		Blutdruck 2. Messung: /
d.	Pulsrhythmus	⇨		☐ regelmässig ☐ unregelmässig
e.	Sind Gefässgeräusche hörbar?	☐	☐	Wo?
f.	Fehlen die Fusspulse oder sind sie abgeschwächt?	☐	☐	
g.	Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen (Atemnot, Zyanose)?	☐	☐	
h.	Liegen Varizen oder Zeichen einer chronisch venösen Insuffizienz vor?	☐	☐	

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?	☐	☐	
b.	Ergeben Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation des Abdomens Auffälligkeiten?	☐	☐	
c.	Ist eine Hernie vorhanden?	☐	☐	
21	**Harn- und Geschlechtsorgane**			
a.	Für **männliche** Personen: Gibt es Hinweise auf Erkrankungen der Harn- oder Geschlechtsorgane?	☐	☐	
b.	Für **weibliche** Personen: Gibt es Hinweise auf Erkrankungen der Harn- oder Geschlechtsorgane, auf krankhafte Veränderungen der Mammae oder liegt eine Schwangerschaft vor?	☐	☐	
22	**Nervensystem / Sinnesorgane**			
a.	Sind Anzeichen für eine Erkrankung der Sinnesorgane vorhanden, insbesondere Seh- oder Hörverminderung?	☐	☐	
b.	Bestehen Hinweise auf neurologische Erkrankungen oder Defizite, z.B. Motorik, Reflexe, Sensibilität, Gleichgewicht?	☐	☐	
23	**Psyche** Sind psychische Auffälligkeiten erkennbar (z.B. unangemessene Stimmungslage oder Verhaltensauffälligkeiten) oder gibt es Hinweise auf aktuelle Belastungssituationen oder Konflikte?	☐	☐	
24	**Skelett / Bewegungsapparat** Bestehen Anzeichen für eine Erkrankung oder Deformation der Wirbelsäule oder des übrigen Bewegungsapparates?	☐	☐	
25	**Sonstiges**			
a.	Sind vergrösserte Lymphknoten feststellbar?	☐	☐	Wo?
b.	Gibt es Hinweise auf endokrinologische Störungen?	☐	☐	
c.	Gibt es Hinweise auf Essstörungen, Alkoholabusus oder Drogenkonsum?	☐	☐	
d.	Wurden andere, möglicherweise risikoerhöhende Befunde erhoben?	☐	☐	
26	**Harnuntersuchung** Resultat der Urinkontrolle (bitte quantitative Angaben machen)	⇨		

Bemerkungen:

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

Bitte Kopien von vorhandenen Untersuchungsresultaten 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