

**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"/>

### Anamnese

Nr.	Fragen	nein	ja	Falls ja, bitte nähere Angaben (gilt für alle Fragen)
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. Hatten Sie bereits Spitalaufenthalte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weshalb? Wann?
	b. Wurden bei Ihnen Spiegelungen der Gelenke oder Körperhöhlen, Katheteruntersuchungen oder andere Eingriffe durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weshalb? Wann?
	c. Bestehen bei Ihnen gegenwärtig irgendwelche Krankheiten / gesundheitliche Störungen / Unfallfolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
	d. Ist Ihre Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit in irgendeiner Weise eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weshalb? Seit wann? Grad / Ausmass?
	e. 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?
	f. 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, Grosseitern 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

Nr.	Fragen	nein	ja	Falls ja, bitte nähere Angaben (gilt für alle Fragen)
09	<b>Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren Krankheiten, Störungen oder Beschwerden</b>			Welche? Wann? Wie lange? Geheilt? Ärzte/ andere Therapeuten mit Adressen:
a.	der <b>Atmungsorgane</b> , wie Asthma, wiederholte oder chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungentuberkulose oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	des <b>Herzens</b> oder der <b>Blutgefäße</b> , wie erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Hirnschlag, Venenentzündung, Krampfadern oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	der <b>Verdauungsorgane</b> , 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 <b>Harn-</b> oder <b>Geschlechtsorgane</b> , 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 <b>Nervensystems</b> , wie Epilepsie, Schwindel, Kopfschmerzen, Lähmungen, Nervenentzündungen oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	der <b>Psyche</b> , wie Depression, Angst-, Belastungs-, Ess-, psychosomatische Störung, Burnout oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	des <b>Bewegungsapparates</b> (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder, Sehnen) wie Rücken-, Nacken- und Schulterbeschwerden, Arthrose, Rheuma oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	der <b>Augen</b> , 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 <b>Gehörs</b> , wie Schwerhörigkeit, Entzündungen, Tinnitus oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j.	des <b>Stoffwechsels</b> oder des <b>Blutes</b> , wie Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Hormonstörungen (Schilddrüse, Nebennieren), Blutarmut, Gerinnungsstörungen oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k.	des <b>Immunsystems</b> oder <b>Infektionskrankheiten</b> , wie HIV-Infektion, sexuell übertragbare Krankheiten, Hepatitis, Borreliose, Tropenkrankheiten oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l.	aufgrund von <b>Hautkrankheiten</b> oder <b>Allergien</b> , wie auf Lebensmittel, Pollen, Tierhaare oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m.	aufgrund von <b>Tumorerkrankungen</b> (gutartig oder bösartig)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n.	aufgrund von <b>Missbildungen</b> oder <b>Geburtsgebrechen</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o.	aufgrund Konsum oder <b>Abhängigkeit</b> von Medikamenten, Alkohol, Drogen oder anderen Suchtmitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
p.	andere Krankheiten, Störungen oder Beschwerden, nach denen oben nicht gefragt wurde?	<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 <b>letzten 5 Jahren</b> 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 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	Falls ja, bitte nähere Angaben (gilt für alle Fragen)
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
17	<b>Haut</b> Liegt eine Erkrankung der Haut vor oder sind Narben vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<b>Atmungsorgane</b>			
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	<b>Herz- und Kreislauf</b>			
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"/> systolisch      diastolisch ⇒ Blutdruck in mmHg <input style="width: 80px;" type="text"/> / <input style="width: 80px;" type="text"/> ⇒ Blutdruck 2. Messung <input style="width: 80px;" type="text"/> / <input style="width: 80px;" type="text"/> Bitte Messung wiederholen, wenn Werte über 135/85 mmHg.
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

