



**ÄRZTLICHES ZEUGNIS ZUM ANTRAG AUF ABSCHLUSS DER KRANKENVERSICHERUNG EXPAT RESIDENT
DIE KOSTEN DER UNTERSUCHUNG TRÄGT DER ANTRAGSTELLER! VORZULEGEN AB EINTRITTSALTER 60 JAHRE**

ÄRZTLICHES ZEUGNIS GEGENÜBER WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG (VERSICHERER)

ANTRAGSTELLER(IN)/VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):

Name:	Vorname(n):	Geburtsdatum:
-------	-------------	---------------

Anschrift:

1.	ERKLÄRUNG VOR DEM ARZT:	ANTWORT	FALLS JA: WELCHE, WO BEHANDELT (ARZT), BEFUNDE	WANN?
1.a	Bestehen zur Zeit Beschwerden, Erkrankungen oder Unfallfolgen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.b	Besteht oder bestand eine chronische bzw. wiederkehrende Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.c	Sind Sie in den letzten drei Jahren durch Behandler (z. B. Ärzte, Fachärzte, Heilpraktiker, Psychologen, Masseur...) untersucht, beraten oder behandelt worden oder waren Sie - auch zeitweise - arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.d	Sind Operationen und Behandlungen durchgeführt, vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.e	Fand in den letzten 5 Jahren eine stationäre Behandlung (auch Kurklinik, Sanatorium o. ä.) statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.f	Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, bitte Laborwerte beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.g	Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, z. B. im Rahmen eines Aids-Tests?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.h	Fand oder findet eine Zytostatikabehandlung statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.i	Werden oder wurden regelmäßig Medikamente, Alkohol oder Drogen genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.j	Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinsen)? Wenn ja: bitte Dioptrienzahl angeben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.k	Welchen Arzt nehmen Sie üblicherweise in Anspruch? (Hausarzt)			
1.l	Wieviele nicht endgültig ersetzte Naturzähne (ohne Weisheitszähne) fehlen?			
1.m	Ist eine zahnärztliche Behandlung, insbesondere wegen Zahnersatz, Kieferorthopädie oder Parodontose notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.n	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die obigen Fragen, die mir vom Arzt einzeln vorgelesen wurden, persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort/Datum:

Unterschrift des Antragstellers: _____ Anamnese erhoben: (Stempel/Unterschrift des Arztes)

Stand: 01.07.2014

UNTERSUCHUNGSBEFUND FÜR:

Name:

Vorname(n):

2. ALLGEMEIN:

		ANTWORT	BEFUND/ABWEICHUNG/ERLÄUTERUNG
2.a	Haben Sie die Person bereits untersucht, beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.b	Größe: Gewicht:	cm kg	
2.c	Halten Sie den Skelett- und Bewegungsapparat für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.d	Halten Sie Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.e	Halten Sie die Sinnesorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.f	Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.g	Ist das Reflexverhalten normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.h	Halten Sie das Hormonsystem für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.i	Hat die Schilddrüse eine normale Form?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.j	Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der Organe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

3. HERZ, KREISLAUF:

3.a	Puls in Ruhe Puls nach 10 Kniebeugen Rückkehr zur Norm in		Minuten
3.b	Blutdruck in Ruhe Blutdruck nach 10 Kniebeugen	/ /	mm Hg mm Hg
3.c	Sind krankhafte Geräusche am Herzen festzustellen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.d	Besteht eine Arrhythmie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.e	Ist das Herz vergrößert oder verlagert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.f	Bestehen Anzeichen einer Insuffizienz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.g	Besteht Dyspnoe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

4. GEFÄßE:

4.a	Bestehen Ödeme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.b	Bestehen Hämorrhoiden, Krampfadern? Wenn ja: Art?/Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.c	Bestehen Narben, Ulcera? Wenn ja: Art?/Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

5. ATMUNGSORGANE:

5.a	Besteht Heiserkeit, Husten, Bronchitis? Wenn ja: Seit wann?/Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.b	Liegen Deformationen des Brustkorbs vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.c	Sind die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.d	Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

6. VERDAUUNGS-/BAUCHORGANE:

6.a	Krankheitsbefund an Zunge, Mandeln, Rachen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.b	Sind die Untersuchungsergebnisse des Bauches normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.c	Ist die Leber vergrößert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.d	Ist die Milz vergrößert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.e	Besteht ein Bruchleiden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

UNTERSUCHUNGSBEFUND FÜR:			
Name:		Vorname(n):	
6.f	Krankhafter Befund an den Verdauungsorganen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7. HARN-/GESCHLECHTSORGANE:			
		ANTWORT	BEFUND/ABWEICHUNG/ERLÄUTERUNG
7.a	Ist die Beschaffenheit der Nierenlager normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7.b	Harnuntersuchung:	Eiweiß <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sediment:
		Zucker <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	äußere Beschaffenheit: pathologische Bestandteile:	Ubg. vermehrt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7.c	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	im _____ Monat
8. SONSTIGES:			
8.a	Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
8.b	Bestehen Anzeichen für eine Immunschwäche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

FÜR DIE RISIKOBEURTEILUNG SIND TEILWEISE WEITERE GESICHTSPUNKTE ALS DAS ERGEBNIS DER UNTERSUCHUNG MABGEBEND. GEBEN SIE DESHALB BITTE KEINE MITTEILUNGEN ÜBER DAS VERSICHERUNGSWAGNIS!

Ort/Datum _____

Stempel/Unterschrift des Arztes _____

ANGABEN ZUM ZAHNSTATUS

ZAHNSTATUS

BEFUND DES GESAMTEN GEBISSES

BEFUND																	BEFUND
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
BEFUND																	BEFUND

BEFUNDANGABEN/LEGENDE:
f fehlende Zähne **e** bereits ersetzte Zähne **k** vorhandene Kronen **b** vorhandene Brückenglieder **s** sanierungsbedürftige Zähne **)**(Lückenschluss

9.	ZÄHNE:	ANTWORT	FALLS JA: WELCHE, WO BEHANDELT (ARZT), BEFUNDE	WANN ?
9.a	Bestehen Zahnfleischerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Ort/Datum _____

Stempel/Unterschrift des Zahnarztes _____

**HEALTH CERTIFICATE FOR APPROVAL OF AN APPLICATION FOR HEALTH INSURANCE EXPAT RETIRED
 EXAMINATION COSTS WILL BE BORNE BY THE APPLICANT! TO SUBMIT WITH AGE OF 60 AND ABOVE**

HEALTH CERTIFICATE TOWARDS WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG (INSURER)

APPLICANT / PARTY ENTITLED TO INSURANCE:

Surname:	First name(s):	Date of birth:
----------	----------------	----------------

Address:

1. DECLARATION TO THE DOCTOR:

		ANSWER	IF YES: WHICH, TREATED WHERE (DOCTOR), DIAGNOSIS	WHEN?
1.a	Are you currently suffering from complaints, illnesses or the results of accidents?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
1.b	Do you or have you suffered from a chronic or repetitious illness?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
1.c	Have you been examined, advised or treated by medical staff (e.g. doctors, consultants, medical practitioners, psychologists, masseurs..) in the last three years or have you been unable to work - even temporarily?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
1.d	Have operations or treatment been performed, planned or advised?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
1.e	Has hospital treatment (including clinics, sanatoriums etc.) taken place in the last 5 years?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
1.f	Have blood examinations been performed? With which results?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
1.g	Has an HIV infection been determined, e.g. by an AIDS test?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
1.h	Have you had or are you engaged in cytostatic treatment?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
1.i	Do you or have you regularly imbibed medicines, alcohol or drugs?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
1.j	Do you have impaired sight or do you require an aid to vision (e.g. spectacles, contact lenses)? Dioptré?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
1.k	Which doctor do you usually consult? (Regular GP)			
1.l	Is dental treatment necessary, particularly with regard to dentures, dental surgery or parodontosis?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
1.m	Are you pregnant?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

I hereby confirm with my handwritten signature that the above declaration is a part of my application for health insurance and that the I have answered the above questions dictated to me individually by the doctor personally and truthfully.	
Place / Date:	
Signature of the applicant:	Anamnesis performed (Stamp / Signature of the doctor):

Stand: 01.07.2014

EXAMINATION DIAGNOSIS FOR:			
Surname:		First name(s):	
2. GENERAL:			
		ANSWER	DIAGNOSIS / DEVIATIONS / EXPLANATION
2.a	Have you examined, advised or treated the person in the past?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
2.b	Height:	cm	
	Weight:	kg	
2.c	Do you consider the skeleton and locomotion to be healthy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
2.d	Do you consider the skin, mucous membranes and lymph glands to be healthy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
2.e	Do you consider the sensory organs to be healthy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
2.f	Do you consider the nervous system and psyche to be healthy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
2.g	Are the reflexes normal?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
2.h	Do you consider the hormonal system to be healthy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
2.i	Is the thyroid gland normally shaped?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
2.j	Are you suspicious of an organic disorder?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
3. CARDIOVASCULAR SYSTEM:			
3.a	Pulse at rest		
	After 10 knee bends		
	Return to normal in		minutes
3.b	Blood pressure at rest	/	mm Hg
	After 10 knee bends	/	mm Hg
3.c	Can unhealthy heart sounds be heard?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
3.d	Is the heart arrhythmic?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
3.e	Is the heart enlarged or displaced?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
3.f	Are there any signs of insufficiency?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
3.g	Does the patient have dyspnoea?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
4. BLOOD VESSELS:			
4.a	Is the patient oedemic?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
4.b	Does the patient have haemorrhoids, varicose veins? (type? / extent?)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
4.c	Does the patient have scars, ulcers? (type? / extent?)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
5. RESPIRATORY ORGANS:			
5.a	Does the patient suffer from hoarseness, coughs, bronchitis? (since when? extent?)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
5.b	Is the rib cage deformed?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
5.c	Are the results of the percussion and auscultation examinations normal?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
5.d	Do you consider the respiratory organs to be healthy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
6. DIGESTIVE AND ABDOMINAL ORGANS:			
6.a	Signs of illness on the tongue, tonsils, throat?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
6.b	Are the examination results of the abdomen normal?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
6.c	Is the liver enlarged?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
6.d	Is the pancreas enlarged?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
6.e	Does the patient suffer from a rupture?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

EXAMINATION DIAGNOSIS FOR:			
Surname:		First name(s):	
		ANSWER	DIAGNOSIS / DEVIATIONS / EXPLANATION
6.f	Unhealthy diagnosis of the digestive organs?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
7. URINAL AND SEXUAL ORGANS:			
7.a	Is the condition of the renal capsule normal?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
7.b	urine examination:	protein <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	sediment:
		sugar <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		bile pigment high <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	exterior condition: pathological components:		
7.c	Regarding woman: Pregnancy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	in _____ month
8. MISCELLANEOUS:			
8.a	What other disorders and still unnamed diagnoses were found?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
8.b	Are there signs of an immune disorder?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

**OTHER ASPECTS THAN THE EXAMINATION RESULTS ARE SOMETIMES DECISIVE IN THE EVALUATION OF THE RISK.
PLEASE DO NOT DISCLOSE ANY INFORMATION OF THE INSURANCE RISK.**

Place / Date

Stamp / Signature of the doctor

DETAILS OF THE DENTAL STATUS

DENTAL STATUS

DIAGNOSIS OF ALL TEETH

DIAGNOSIS																	DIAGNOSIS
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
DIAGNOSIS																	DIAGNOSIS

DIAGNOSIS / LEGEND:					
f missing teeth	e replaced teeth	K crowned teeth	b bridged teeth	s teeth in need of rehabilitation) (space closure

9.	DENTAL:	ANSWER	IF YES: WHICH, TREATED WHERE (DOCTOR), DIAGNOSIS	WHEN?
9.a	Are there gum diseases?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

Place / Date

Stamp / Signature of the dentist