ÄRZTLICHES ZEUGNIS

Sofern Sie 60 Jahre oder älter sind, ist das ärztliche Zeugnis von Ihrem Arzt in Verbindung mit einer Untersuchung auszufüllen und mit dem Antrag einzureichen. Die Kosten für die Untersuchung sind von der versicherten Person bzw. des Versicherungsberechtigten zu tragen. Sollte der zur Verfügung stehende Platz im Formular nicht ausreichen, nutzen Sie bitte unsere Anlage.

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

1. Allgemein:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
1.a	Haben Sie die Person bereits vor dem heutigen Tag untersucht, beraten oder behandelt?	☐ Ja ☐ Nein	
1.b	Größe:	cm	
	Gewicht:	kg	
	Bauchumfang:	cm	
1.c	Halten Sie den Skelett- und Bewegungsapparat für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
1.d	Halten Sie Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
1.e	Halten Sie die Sinnesorgane für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
1.f	Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
1.g	Ist das Reflexverhalten normal?	☐ Ja ☐ Nein	
1.h	Halten Sie das Hormonsystem für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
1.i	Hat die Schilddrüse eine normale Form?	☐ Ja ☐ Nein	
1.j	Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der Organe?	☐ Ja ☐ Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Stand: 01.10.2022

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

2. Herz, Kreislauf:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
2.a	Puls in Ruhe		
	Puls nach 10 Kniebeugen		
	Rückkehr zur Norm in	Minuten	
2.b	Blutdruck in Ruhe	/ mmHg	
	Blutdruck nach 10 Kniebeugen	/ mmHg	
2.c	Sind krankhafte Geräusche am Herzen festzustellen?	☐ Ja ☐ Nein	
2.d	Besteht eine Arrhytmie?	☐ Ja ☐ Nein	
2.e	Ist das Herz vergrößert oder verlagert?	☐ Ja ☐ Nein	
2.f	Bestehen Anzeichen einer Insuffizienz?	☐ Ja ☐ Nein	
2.g	Besteht Dyspnoe?	☐ Ja ☐ Nein	

Bitte reichen Sie uns die aktuellen Laborwerte über Blutzucker (BZ/Glc), HbA1c, Harnsäure (HS), Blutfette (TC/TRG/LDL/HDL), Leberwerte (ASAT/GOT, ALAT/GPT und GGT), Nierenwerte (Kreatinin-Clearance, Kreatinin u. Harnstoff) und Tumormarker (CEA und PSA) ein.

3. Gefäße:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
3.a	Bestehen Ödeme?	☐ Ja ☐ Nein	
3.b	Bestehen Hämorrhoiden, Krampfadern? Wenn ja: Art?/Umfang?	☐ Ja ☐ Nein	
3.c	Bestehen Narben, Ulcera? Wenn ja: Art?/Umfang?	☐ Ja ☐ Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Stand: 01.10.2022

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

4. Atmungsorgane:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
4.a	Besteht Heiserkeit, Husten, Bronchitis? Wenn ja: Seit wann?/Umfang?	☐ Ja ☐ Nein	
4.b	Liegen Deformationen des Brustkorbs vor?	☐ Ja ☐ Nein	
4.c	Sind die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation normal?	☐ Ja ☐ Nein	
4.d	Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	

5. Verdauungs-/Bauchorgane:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
5.a	Krankheitsbefund an Zunge, Mandeln, Rachen?	☐ Ja ☐ Nein	
5.b	Sind die Untersuchungsergebnisse des Bauches normal?	☐ Ja ☐ Nein	
5.c	Ist die Leber vergrößert?	☐ Ja ☐ Nein	
5.d	Ist die Milz vergrößert?	☐ Ja ☐ Nein	
5.e	Besteht ein Bruchleiden?	☐ Ja ☐ Nein	
5.f	Krankhafter Befund an den Verdauungsorganen?	☐ Ja ☐ Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Stand: 01.10.2022

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

6. Harn-/Geschlechtsorgane:

			Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
6.a	Ist die Beschaffenheit der Nierenlager normal?		☐ Ja ☐ Nein	
6.b	Harnuntersuchung	Eiweiß	☐ Ja ☐ Nein	Sediment:
		Zucker	☐ Ja ☐ Nein	
		Ubg. vermehrt	☐ Ja ☐ Nein	
	Äußere Beschaffenheit: Pathologische Bestandteile:			

7. Sonstiges:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
7.a	Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde festgestellt?	☐ Ja ☐ Nein	
7.b	Bestehen Anzeichen für eine Immunschwäche?	☐ Ja ☐ Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Stand: 01.10.2022

ANGABEN ZUM ZAHNSTATUS

Sofern Sie 60 Jahre oder älter sind und den Tarif **EXPAT INFINITY CLASSIC** oder **EXPAT INFINITY PREMIUM** abschließen möchten, sind die Angaben zum Zahnstatus von Ihrem Zahnarzt in Verbindung mit einer Untersuchung auszufüllen und mit dem Antrag einzureichen. Die Kosten für die Untersuchung sind von der versicherten Person bzw. des Versicherungsberechtigten zu tragen.

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

1. Zähne:

Befund des gesamten Gebisses

1.a	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																

Befundangaben/Legende

- **f** fehlende Zähne
- **e** bereits ersetzte Zähne
- **K** vorhandene Kronen
- **b** vorhandene Brückenglieder
- **s** sanierungsbedürftige Zähne
- **)(** Lückenschluss

		Antwort	Falls ja: welche, wo behandelt (Zahnarzt), Befunde	Wann? (TT.MM.JJJJ)
1.b	Bestehen Zahnfleischerkrankungen?	☐ Ja ☐ Nein		

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

Stand: 01.10.2022

ANLAGE ZUM ÄRZTLICHEN ZEUGNIS

Sollte der Platz im Formular nicht ausreichen, nutzen Sie bitte zusätzlich diese Anlage.

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes/Zahnarztes

Stand: 01.10.2022