

Ärztliches Zeugnis zum Versicherungsantrag _____ (Datum/Antragsnummer) bei der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

Zu versichernde / zu untersuchende Person

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Straße	Postleitzahl	Wohnort
_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
		Versicherungs-Nr.
		_____ _____ _____

Ärztliches Zeugnis für Personen ab 14 Jahren

1. Größe: _____ cm	2. Gewicht: _____ kg
3. Blutdruck (mm/Hg) liegend: _____ : _____ stehend: _____ : _____	3.1 Puls in Ruhe: _____ nach 10 Kniebeugen: _____ nach 2 Minuten: _____
4. Urin frisch gelassen Eiweiß (Mikro- und Makroalbumine): <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ Glucose: _____	Sedimente: _____
5. Erkrankungen, Operationen, Unfälle in der Vorgeschichte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.1 Wenn <u>ja</u> , was lag vor? Wann und bei wem in Behandlung? _____	
6. Halten Sie Herz, Kreislauf und Blutgefäßsystem für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.1 Wenn <u>nein</u> , was liegt vor? _____	
7. Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.1 Wenn <u>nein</u> , was liegt vor? _____	
8. Halten Sie den Bewegungsapparat für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.1 Wenn <u>nein</u> , was liegt vor? _____	
9. Halten Sie die Haut und die Hautanhangsgebilde für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.1 Wenn <u>nein</u> , was liegt vor? _____	
10. Halten Sie die Bauchorgane einschließlich der Harn- und Geschlechtsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.1 Wenn <u>nein</u> , was liegt vor? _____	
10.2 Für weibliche Personen: Steht eine Entbindung bevor? Wenn <u>ja</u> , voraussichtlicher Entbindungstermin: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Halten Sie das Nervensystem und die Sinnesorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11.1 Wenn <u>nein</u> , was liegt vor? _____	

12. Ist das psychische Verhalten unauffällig? ja nein
- 12.1 Wenn nein, was liegt vor?
13. Liegen sonstige Abweichungen oder krankhafte Veränderungen vor (z.B. Hormon- oder Stoffwechselstörungen, Allergien)? ja nein
- 13.1 Wenn ja, was liegt vor?
14. Wurden besondere Befunde erhoben (auch Blutuntersuchungen, z.B. auf Rheuma, Allergien, Hepatitis und HIV-Infektionen)? ja nein
- 14.1 Wenn ja, welche?
15. Wer ist die Hausärztin/der Hausarzt?
16. Sind Behandlungen derzeit erforderlich bzw. vorgesehen? ja nein
- 16.1 Wenn ja, Art und Umfang
- 16.2 Name und Anschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes oder wer kann hierüber Auskunft geben:
17. Zustand des Gebisses
- 17.1 Halten Sie die Zähne für gesund bzw. saniert? ja nein
- 17.2 Wenn nein, Name und Anschrift der/des behandelnden Zahnärztin/Zahnarztes:

Die Kosten für dieses ärztliche Zeugnis trägt die zu versichernde Person oder deren gesetzlicher Vertreter.

Identitätsprüfung

- Die Identität der zu versichernden / zu untersuchenden Person wurde überprüft (z. B. durch Ausweiskopie / Reisepass) und kann bestätigt werden.

| **X**
 Datum Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Unterschrift Ärztliches Zeugnis

| **X**
 Datum Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Sie können dieses ärztliche Zeugnis der Continentale Krankenversicherung a.G. auch direkt senden.

Direktion
 Ruhrallee 92-94 44139 Dortmund
 Telefon (0231) 919-0
 Telefax (0231) 919-1798