

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

Versicherte Person

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Postleitzahl	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Versicherungs-Nr.
		<input type="text"/>

Ärztliches Zeugnis für Personen ab 61 Jahren mit Erklärung für Pflegezusatzversicherungen

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): positiv negativ
Glucose: Sedimente:

5. Erkrankungen, Operationen, Unfälle in der Vorgeschichte? ja nein
5.1 Wenn ja, was lag vor? Wann und bei wem in Behandlung?

6. Halten Sie Herz, Kreislauf und Blutgefäßsystem für gesund? ja nein
6.1 Wenn nein, was liegt vor?

7. Halten Sie die Atmungsorgane für gesund? ja nein
7.1 Wenn nein, was liegt vor?

8. Halten Sie den Bewegungsapparat für gesund? ja nein
8.1 Wenn nein, was liegt vor?

9. Halten Sie die Haut und die Hautanhangsgebilde für gesund? ja nein
9.1 Wenn nein, was liegt vor?

10. Halten Sie die Bauchorgane einschließlich der Harn- und Geschlechtsorgane für gesund? ja nein
10.1 Wenn nein, was liegt vor?

11. Halten Sie das Nervensystem und die Sinnesorgane für gesund? ja nein
11.1 Wenn nein, 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:

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

Unterschrift

| Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Datum

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

Erklärung des Antragstellers für Pflegezusatzversicherungen

Hiermit bestätige ich, dass bei den zu versichernden Personen kein Hilfebedarf bei den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens besteht.

Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind

- im Bereich der Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung
- im Bereich der Ernährung: Das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung
- im Bereich der Mobilität: Selbstständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung: Einkaufen, Kochen, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche oder das Reinigen und Beheizen der Wohnung.

Zusätzliche Angaben bei bestehendem Hilfebedarf:

Eine Kopie dieser Erklärung ist für mich bestimmt.

Erklärungsunterschriften

| Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

Datum

| | ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person über 16 Jahren*

ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

* Die Unterschrift der zu versichernden Person ist nicht erforderlich, wenn diese gleichzeitig Antragsteller ist.