

# 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 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):  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?

10.2 Für weibliche Personen: Steht eine Entbindung bevor?  ja  nein  
 Wenn ja, voraussichtlicher Entbindungstermin:

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:

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.**

### Unterschrift

<input type="text"/>	<b>X</b>	<input type="text"/>
----------------------	----------	----------------------

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