

Versicherungsnummer

Daten des Abschlussvermittlers

Daten des Betreuers

117209

Untersuchte Person

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Geburtsdatum

Die untersuchte Person ist mir persönlich bekannt.
 Die Identifikation erfolgte durch einen gültigen Personalausweis/Reisepass.

Sind Sie mit der zu untersuchenden Person verwandt oder verschwägert? nein ja
Falls „ja“ geantwortet wurde, darf die Untersuchung **nicht** vorgenommen werden!

Hausarzt

Behandlung erfolgte als Hausarzt Facharzt bisher nicht – dann bitte Hausarzt angeben
Behandlungsbeginn

Name und Anschrift des Hausarztes

Dauerdiagnose

Von Ihnen gestellte Dauerdiagnosen? Wenn ja, bitte auch den Zeitpunkt angeben. nein ja, und zwar

Weitere Krankheiten

Weitere Krankheiten des Versicherten, die Sie nicht behandelt haben? nein ja, und zwar

Behandlungsdaten

Nennen Sie bitte die Behandlungsdaten und -diagnosen der letzten 5 Jahre. (Sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein Beiblatt oder Ausdruck bei)

Folgen

Haben Krankheiten Folgen hinterlassen? nein ja, und zwar

Befunde

Bitte **Befunde**: Röntgen, Sonographie, EKG, Labor usw. mit **Datum angeben** oder **zur Ansicht anbei** **in Kopie anbei**

Welche Blutdruckwerte wurden gemessen?

Datum systolisch Datum systolisch

Medikamente

Nimmt der Versicherte Medikamente? nein ja, und zwar

regelmäßig
 zeitweilig oder saisonal

Krankenhausaufenthalte

Zeitpunkt / Zeitraum	Diagnose	Arzt / anderer Heilbehandler / Klinik (Name und Anschrift)

Kuraufenthalte

Weitere Ärzte

Operation Ist eine Operation vorgesehen? Wenn ja, bitte auch den Zeitpunkt angeben. nein ja, und zwar

Missbrauch Bestand / besteht ein Missbrauch von Alkohol, Nikotin, Medikamenten, Betäubungsmitteln? nein ja, und zwar

Bemerkungen

Bitte **Facharzt- und Krankenhausberichte beifügen**. Die Rückgabe erfolgt schnellstens. nicht beigelegt beigelegt

Angabe der versicherten Person vor dem Arzt (Ärztliches Zeugnis Teil 1)

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie haben uns als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung **die Ihnen bekannten Gefahrumstände**, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, **wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen**. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern **auch dann, wenn ein Dritter** in Ihrem Namen **den Fragebogen ausfüllt**. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.

Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. **In diesem Fall** haben wir das **Recht**, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat **zu kündigen**.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht **und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir** den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rück-wirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.

Erklärung vor dem Arzt Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? nein ja

Wie viel Alkohol trinken Sie in einer Woche?

_____ Glas Wein, Flaschen Bier (0,5l), etc.

_____ Gläser Schnaps, Whiskey, Wodka, etc.

Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten 5 Jahre Krankheiten, Störungen oder Beschwerden

a) des Herz- Kreislaufsystems (z.B. Bluthochdruck, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzfunktionsstörungen, Herzrhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen, Thrombosen, Embolien, Durchblutungsstörungen, Lymphödeme, Krampfadern, Schwindel) nein ja, und zwar

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?
 ja nein

b) der Atmungsorgane (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Schlafapnoe-Syndrom, Lungenentzündung, Lungenemphysem, Rippenfellentzündungen, COPD) nein ja, und zwar

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?
 ja nein

c) der Verdauungsorgane (z. B. Sodbrennen, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen, Magengeschwür, Magenschleimhautentzündung, Blut im Stuhl, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Bauchspeicheldrüsenentzündung, wiederkehrende Durchfälle) nein ja, und zwar

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?
 ja nein

d) der Leber, Gallenblase und Milz (z.B. Gallenblasenentzündung, Gallensteine, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Leberentzündung, Hepatitis B, Hepatitis C, Milzvergrößerungen) nein ja, und zwar

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?
 ja nein

e) der Nieren und der ableitenden Harnwege (z. B. wiederkehrende Harnblasen-entzündungen, Nierenentzündungen, Nierensteine, Blut und/ oder Eiweiß im Urin, Nierenfunktionsstörungen, Erschwertes Wasserlassen, Zystennieren) nein ja, und zwar

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?
 ja nein

f) des Gehirns, Rückenmarks und des Nervensystems (z. B. Epilepsie, Lähmungen, Multiple Sklerose, wiederkehrende Ohnmacht, Gefühlsstörungen, Zittern, Migräne, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Bewegungsstörungen) nein ja, und zwar

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?
 ja nein

g) der Psyche (z. B. depressive Episode, Unruhe- und Angstzustände, Angststörungen, Essstörungen, chronische Schlafstörungen, Burn-out, Erschöpfungssyndrom, Selbstmordversuche) nein ja, und zwar

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?
 ja nein

h) der Augen (z. B. Fehlsichtigkeiten über 10 dptr., Veränderungen der Netzhaut, Netzhautablösungen, Schielen, Störungen des Farbsehens, Grüner / Grauer Star, Lasik-OP, Gesichtsfeldeinschränkungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i) der Ohren (z. B. Hörsturz, Schwerhörigkeit, Ohrgeräusche, Störungen des Gleichgewichts, Schwindel, Morbus Menière)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
j) der Haut (z. B. Neurodermitis, endogenes Ekzem, Schuppenflechte, kontrollbedürftige Leberflecken, Ekzeme, wiederkehrende Hautausschläge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
k) Allergien (z. B. Heuschnupfen, allergisches Asthma, Hausstaubmilbenallergie, Kontaktallergien)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
l) des Bewegungsapparates (z. B. Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall, Verkrümmung der Wirbelsäule, Hexenschuss, Verletzungen der Gelenke, Meniskusschäden, Bänderrisse, Knochenbrüche, Arthrose, wiederkehrende Gelenkschmerzen, Fehlstellungen der Gelenke, Hüftgelenksdysplasie)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
m) des Blutes und des Lymphsystems (z. B. Blutarmut, Blutgerinnungsstörungen, Schwellungen der Lymphknoten, Lymphödeme)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
n) des Stoffwechsels (z. B. Erhöhung der Blutfette, Diabetes Typ II, Diabetes Typ I, Funktionsstörungen der Schilddrüse, PCO- Syndrom, Störungen der Hypophysenfunktion, Hormonmangel)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
o) gut- oder bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Hautkrebs, Brustkrebs, Schilddrüsenkrebs, Prostatakrebs, Prostatavergrößerung, Darmpolypen, kontrollpflichtige gynäkologische Befunde)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
p) dauerhafte (chronische) Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Syphilis)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
q) Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (z. B. Eierstockzysten, Gebärmuttermündveränderungen, starke Blutungen, unregelmäßige Blutungen, kontrollpflichtige Untersuchungsbefunde, Veränderungen der Brust)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Bei Gentests
bitte ausfüllen**

Bitte beachten: Nur bei Lebensversicherungen mit einer Leistung von mehr als 300.000 EUR oder einer **Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Pflegerentenversicherung** oder **Grundfähigkeitsrente** mit einer Jahresrente von mehr als 30.000 EUR beantworten.

Erfolgten **genetische Beratungen oder Testuntersuchungen**? nein ja, und zwar
 Wenn ja, bitte Datum, Name und Anschrift des Arztes oder Instituts angeben.

**Erklärung und
Unterschrift
der untersuch-
ten Person**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich** als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die **alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter diesen Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort und Datum der Untersuchung

Unterschrift der untersuchten Person

Untersuchungsbefund (Teil 2)

Allgemeine Angaben

Allgemeine Angaben

Größe, Gewicht und Bauchumfang

 Größe in cm

 Gewicht in kg

 Bauchumfang in cm (in Nabelhöhe)

aktueller Blutdruck (systol./diastol.):

Sofern der Blutdruck >140/ 90 mmHg liegt bitte Ruheblutdruck nach 10 Minuten erneut kontrollieren

Kontrollblutdruck (systol./ diastol.):

1. In welchem Ernährungszustand befindet sich die zu untersuchende Person?
- Normosom
- Adipös
- Kachektisch
- Muskulös

2. Bitte beurteilen Sie den Bewegungsapparat und das Skelett:

Befund:	unauffällig	schmerzhaft	bewegungseingeschränkt	deformiert
HWS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BWS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LWS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obere Extremitäten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untere Extremitäten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Bitte beschreiben Sie kurz den erhobenen von der Norm abweichenden Befund:

4. Können Sie für die Haut und Schleimhäute einen Normalbefund bescheinigen? ja nein, folgender auffälliger Befund:

5. Können Sie für die Sinnesorgane einen Normalbefund bescheinigen? ja nein, folgender auffälliger Befund:

6. Können Sie für das Nervensystem (normaler Reflexstatus, Sensorik, Motorik normal) einen Normalbefund bescheinigen? ja nein, folgender auffälliger Befund:

7. Können Sie für das Hormonsystem, insbesondere die Schilddrüse einen Normalbefund bescheinigen? ja nein, folgender auffälliger Befund:

8. Können Sie für die Auskultation des Herzen einen Normalbefund bescheinigen? ja nein, folgender auffälliger Befund:

9. Können Sie für die Auskultation und Perkussion der Lunge einen Normalbefund bescheinigen? ja nein, folgender auffälliger Befund:

10. Können Sie für die Morphologie des Thorax einen Normalbefund bescheinigen? ja nein, folgender auffälliger Befund:

11. Können Sie für die Inspektion des Mund- und Rachenraumes (Zungengrund, Tonsillen, etc.) einen Normalbefund bescheinigen? ja nein, folgender auffälliger Befund:

12. Können Sie für die Palpation und Auskultation des Bauchraumes einen Normalbefund bescheinigen? ja nein, folgender auffälliger Befund:

13. Können Sie für die Palpation der Achsel, Hals- und Leistenlymphknoten einen Normalbefund bescheinigen? ja nein, folgender auffälliger Befund:

14. Finden sich Hinweise auf eine Herzinsuffizienz (Ödeme, Dyspnoe, etc.)? nein ja, folgender auffälliger Befund:

15. Finden sich Hinweise auf eine chronisch venöse Insuffizienz, Thrombosen oder postthrombotische Syndrome (Varizen, Ekzeme, etc.)? nein ja, folgender auffälliger Befund:

16. Finden sich Hinweise auf Erkrankungen des arteriellen Gefäßsystems (Stenosen, paVk, etc.)? nein ja, folgender auffälliger Befund:

17. Finden sich Hinweise auf Brusterkrankungen (Einziehungen, Verziehungen, Knoten, etc.)? nein ja, folgender auffälliger Befund:

18. Finden sich Hinweise auf anderweitige Erkrankungen oder pathologische Befunde, die mittels der voranstehenden Fragen noch nicht erfasst wurden? nein ja, folgender auffälliger Befund:

19. Bitte führen Sie einen großen Urin- Stix (Streifentest, Combur 9, etc.) durch. Ist der Befund unauffällig?

Eiweiß normal + ++ +++

Erythrozyten normal + ++ +++

Zucker normal + ++ +++

Leukozyten normal + ++ +++

Andere normal + ++ +++

Ist der Grund für die Abweichung der Urinwerte bekannt (z.B. Menstruation)? ja, folgender nein

Sofern die zu untersuchende Person **über 50 Jahre** ist, führen Sie bitte folgende Blutuntersuchungen durch und reichen Sie uns die Laborausdrucke inklusive der Referenzwerte mit ein:

- Blutbild
- HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyceride
- Nüchternblutzucker
- Gamma-GT, GOT, GPT

Wir erstatten Ihnen die Kosten der Blutentnahme entsprechend der Laborrechnung. Bitte reichen Sie diese entsprechend mit ein.

Da für die Risikobeurteilung noch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis dieser Untersuchung maßgebend sind, bitten wir Sie vorsorglich, sich nicht über die Versicherungsfähigkeit zu äußern.

Kostenrechnung

Für die Untersuchung, vergütet die Gothaer: 150 EUR (inklusive gesetzlicher Umsatzsteuer)

Bei fehlenden Einzelleistungen wird der Betrag entsprechend reduziert. Das Honorar ist zu überweisen an folgende Bankverbindung:

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Geldinstitut (Name und Ort)

Abschluss- erklärung, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Die untersuchte Person wurde über die Ergebnisse der Untersuchung unterrichtet? nein ja

Die Gothaer Lebensversicherung AG darf die Ergebnisse an die untersuchte Person weiterleiten? nein ja

Telefonnummer für Rückfragen

Ort und Datum der Untersuchung

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

Bitte zurück an

Antwort

Gothaer Lebensversicherung AG

Abt. LBL 31

37069 Göttingen