

## Erklärung vor dem Arzt mit Untersuchung

### ■ Private Krankenversicherung

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die  
»Wichtigen Informationen« und »Hinweise«  
auf der Rückseite dieser Erklärung.

Ihr Vermittler

---

### **Wichtige Informationen für den Antragsteller/Anmeldenden bzw. Interessenten und ggf. die zu versichernde Person**

Dieser Formularsatz dient der Beantwortung der Gesundheitsfragen Ihres Antrags/Ihrer Anmeldung bzw. Ihrer Angebotsanforderung und enthält gleichzeitig den Vordruck für die ärztliche Untersuchung. Mit dieser Verfahrensweise soll die Antragsannahme/Anmeldung bzw. die Erstellung eines Angebots erleichtert werden. Zum einen lassen sich mit einem ärztlichen Gutachten Fehleinschätzungen über Ihren Gesundheitszustand bereits im Vorfeld ausschließen. Zum anderen ist dies für Sie eine willkommene Gelegenheit, sich wieder einmal von Kopf bis Fuß untersuchen zu lassen: Denn was ist Ihnen mehr wert als die eigene Gesundheit! Sprechen Sie deshalb darüber mit dem Arzt Ihres Vertrauens.

Mit dem Formularsatz, den Sie von Ihrem Ansprechpartner erhalten haben, gehen Sie bitte zu Ihrem (Haus-)Arzt. Mit ihm zusammen füllen Sie dann den Fragebogen sorgfältig aus. Es ist wichtig, dass alle Behandlungen und Untersuchungen, die in den abgefragten Zeiträumen stattgefunden haben, richtig und vollständig angegeben werden. Dies gilt auch für Behandlungen und Untersuchungen, die bei anderen Personen stattgefunden haben, sowie für Erkrankungen und Beschwerden, die Ihres Erachtens unwesentlich sind.

Im Anschluss daran lassen Sie sich bitte von Ihrem Arzt untersuchen, und schicken Sie das ausgefüllte Originalformular so schnell wie möglich – von Ihnen/gegebenenfalls vom Antragsteller/Anmeldenden bzw. vom Interessenten und dem untersuchenden Arzt unterschrieben – an uns zurück.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!

Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Soweit die ärztliche Untersuchung nicht obligatorisch ist und im Rahmen einer verbindlichen Antragstellung/Anmeldung (nicht bei einer unverbindlichen Angebotsanforderung) erfolgt, vergüten wir

Ihnen für die ärztlichen Leistungen (Beantwortung der Gesundheitsfragen und die ärztliche Untersuchung) eine Honorarforderung bis zur Höhe eines Monatsbeitrags der zu versichernden Person, maximal jedoch bis zu 75,- €.

Die Honorarerstattung erfolgt nach Vorlage der Rechnung und des Vordrucks »Erklärung vor dem Arzt mit Untersuchung« auf Ihr Konto.

### **Entbindung von der Schweigepflicht**

Sehen Sie dazu die Rückseite Ihres Antrags/Ihrer Anmeldung bzw. Ihrer Angebotsanforderung.

### **Hinweis für den Arzt**

Ihr Patient hat Sie im Zusammenhang mit einer Antragstellung/Anmeldung bzw. Anforderung eines Angebots auf Krankenversicherungsschutz bei der HALLESCHE Krankenversicherung mit der Überprüfung seines Gesundheitszustandes betraut.

Der vorliegende Formularsatz dient der hierfür notwendigen Beantwortung der Gesundheitsfragen sowie der im Anschluss daran durchzuführenden Untersuchung.

Bitte gehen Sie mit Ihrem Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter die aufgeführten Fragen durch und tragen Sie die Angaben sorgfältig ein. Achten Sie darauf, dass alle Behandlungen, Untersuchungen oder Beschwerden angegeben werden. Bitte nehmen Sie anschließend entsprechend dem Untersuchungsbericht die ärztliche Untersuchung vor.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!

Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Geben Sie das Original und eine Durchschrift Ihrem Patienten, eine weitere Durchschrift ist für Ihre Unterlagen bestimmt.

# Antrag/Anmeldung bzw. Angebotsanforderung

<b>Vom Vermittler auszufüllen!</b>	SC	VD	Vers.-Nr.	VM-Nr.	SKZ	Bs	Fib	DS 4	Kunden-Nr.
------------------------------------	----	----	-----------	--------	-----	----	-----	---------	------------

<b>Antragsteller/Anmeldender bzw. Interessent</b>	Zuname/akad. Titel	Vorname
	Straße	
	NKZ/PLZ	Wohnort
Anlage zum Antrag/zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom:		

<b>Zu versichernde/untersuchende Person</b>	Zuname	Vorname	Geburtsdatum
---	--------	---------	--------------

**Bitte nicht befragen/untersuchen, falls verwandt oder verschwägert!**  
 Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und von der zu untersuchenden Person oder deren gesetzlichem Vertreter zu beantworten.

Eintrittsalter bei Beginn bzw. Änderung des Versicherungsverhältnisses:  (Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt oder geändert wird.)

**Angaben zum Gesundheitszustand** Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen **vollständig und richtig**, und machen Sie Angaben auch dann, wenn Sie eine Erkrankung als alters- oder geschlechtstypisch bzw. harmlos betrachten oder sie schon ausgeheilt ist. **Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz.** Bei Vertragsänderungen muss die Frage 6 nur dann beantwortet werden, wenn Rechnungen für Behandlungen und Untersuchungen noch nicht eingereicht wurden oder für eingereichte keine Leistungen gezahlt worden sind. Sie erleichtern und beschleunigen die Prüfung des Antrags/der Anmeldung bzw. der Angebotsanforderung, wenn Sie uns Atteste, Arztberichte oder ähnliche Unterlagen, die sich in Ihrem Besitz befinden und die Ihre Angaben ergänzen, überlassen. Bitte senden Sie uns aber keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben. Falls die zu versichernde Person die Angaben hier nicht machen möchte, so kann sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Größe/cm	Gewicht/kg
----------	------------

1. Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen wegen Vorerkrankungen oder Entwicklungsstörungen) oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen, die diese durchgeführt haben, statt oder bestand Pflegebedürftigkeit?  nein  ja
2. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel – ggf. auch zur reinen Vorbeugung – eingenommen?  nein  ja
3. Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden, Abhängigkeiten (z. B. Drogen, Alkohol, Medikamente), körperliche Fehler oder psychische Störungen?  nein  ja
4. Besteht eine anerkannte Behinderung? Falls »ja«, bitte Kopie des Feststellungsbescheids mit genauer Bezeichnung der Behinderung und Behinderungsgrad beifügen.  nein  ja
5. Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung, Untersuchung oder Operation durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen notwendig, angeraten oder beabsichtigt?  nein  ja
6. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen statt? (Bis Eintrittsalter 32 nur für die letzten 5 Jahre zu beantworten.)  nein  ja
7. Bestehen chronische Leiden, organische oder körperliche Fehler (auch Kieferanomalien)?  nein  ja
8. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  nein  ja
9. Findet derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren eine Behandlung, Untersuchung oder Beratung wegen Sterilität statt oder besteht ein unerfüllter Kinderwunsch (für Männer und Frauen zu beantworten)?  nein  ja
10. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten, durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt?  nein  ja
11. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?  nein  ja
12. Werden Brillen oder Kontaktlinsen getragen oder wurden diese angeraten oder verordnet? (Dioptrienwerte ab + 8/- 8 bitte angeben.) **Bei Fehlsichtigkeit gilt ggf. folgender monatlicher Zuschlag als vereinbart: für Tarif AE 1: 2,50 €; für Tarif BEa 50/BEb 50/BEc 50: 0,85 €; für Tarif BEa 70/BEb 70/BEc 70: 1,20 €; für Tarif BEa 80/BEb 80/BEc 80: 1,35 €.** re.  li.

- Nur für Tarife mit Zahnversicherungsschutz**
13. Fanden in den letzten 3 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen) bei einem Zahnarzt statt?  nein  ja
  14. Werden derzeit Zahnbehandlungen oder kieferorthopädische Maßnahmen, Behandlungen wegen Parodontose/Parodontitis oder Zahnersatz durchgeführt, oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?  nein  ja  
Art der Behandlung
  15. Besteht eine Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose, Parodontitis) oder eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung?  nein  ja  
Art der Erkrankung

Nur für Personen ab Eintrittsalter 16 Jahre:

16. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen oder bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind?  nein  ja   
Anzahl Zähne
17. Besteht Zahnersatz (ersetzte oder überkronte Zähne)?  nein  ja   
Anzahl Zähne

Weitere Angaben zu den mit »ja« beantworteten Fragen Nr. 14, 15 und 17	Zu Frage Nr.	Name und Anschrift der behandelnden Person

Erläuterungen zu den mit »ja« beantworteten Fragen Nr. 1 bis 13	Zu Frage Nr.	Art der Erkrankung oder Beschwerden, Verletzungen, Behandlungen, Kur usw./Untersuchungsbefunde, Art der körperlichen Fehler, psychischen Störungen und der erforderlichen Medikamente?	Wie oft auftreten?	Von wann/bis wann?	Operation?		Liegt völlige Ausheilung vor?		Seit wann? Tag/Monat/Jahr	Arbeitsunfähigkeitstage gesamt?	Name und Anschrift der behandelnden Person bzw. der Kranken-, Heil- oder sonstigen Anstalt
					nein	ja	nein	ja			
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter der jeweiligen Personen- und Fragennummer auf einem gesonderten Beiblatt (z. B. VG 12) als Anlage zum Antrag/zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vorzunehmen und in dieser Erklärung auf dieses Beiblatt zu verweisen. Anzahl der Anlagen

**Erklärung des Antragstellers/Anmeldenden bzw. Interessenten und der befragten zu versichernden Person:**  
 Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass diese Erklärung Bestandteil des Antrages/der Anmeldung bzw. der Angebotsanforderung ist und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller/Anmeldender bzw. Interessent	Unterschrift ab Alter 18, ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen
-----------	---	---

# Ärztliche Untersuchung

Der Befund darf nicht durch Ehegatten, Eltern oder Kinder der zu untersuchenden Person erstellt werden.

Hinweise zur Entbindung von der Schweigepflicht und Honorarvergütung sind auf der Rückseite dieses Formulars und dem Antrags-/Anmeldeformular bzw. dem Formular für die Angebotsanforderung abgedruckt.

## Untersuchungsbefund

Ist Ihnen die zu untersuchende Person als Patient bekannt?  ja  nein Tag der Untersuchung: Körpergröße/Gewicht:

Nikotin (Menge): Alkohol (Menge): Medikamente (welche):

Werden Beschwerden geäußert? Wenn ja, welche?

## Liegen Erkrankungen vor, z. B.

<b>1. des Bewegungsapparates</b>	Wirbelsäule:	Druck/Klopfschmerz:	Sonstiges:	
	Gelenke:	Extremitäten:		
	Muskulatur:	Beschwerden:		
<b>2. der Haut und der Schleimhäute</b>				
Welche Körperteile sind betroffen?		Schleimhäute:		
<b>3. des Kopfes und der Sinnesorgane und/oder des HNO-Bereichs:</b>				
<b>4. der Nerven und der Psyche</b>				
	Reflexe:			
	MER:	psychische/neurologische Auffälligkeiten:		
<b>5. des Hormonsystems und der Schilddrüse:</b>				
	Vergrößerung?	Funktionslage (soweit bekannt)?	Therapie erforderlich?	
<b>6. des Herzens und der Blutgefäße</b>				
	Rhythmus:	<b>In Ruhe</b>	<b>Nach Belastung</b>	Arterielle DBS?
	Geräusche:	Puls:	Puls:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Töne:	RR:	RR:	wo?
Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen (Atemnot, Cyanose, Ödeme)?				
<b>7. der Thoraxorgane</b>				
	Lunge – KS:	AG:	RGs:	
	Mammae:	Sonstiges:		
<b>8. des Abdomens</b>				
	Druckschmerz?	Bruchpforten:		
	Leber:	NL:	Milz:	
<b>9. der Geschlechtsorgane</b>				
	Äußere:	Prostata:		
	Urogenitalsystem:			
<b>10. Aktuelle Laboruntersuchung (mit Angabe des Referenzbereiches)</b>				
<b>Labor (nüchtern):</b>	AST (SGOT):	ALT (SGPT):	Gamma GT:	Sofern ein HIV-Test durchgeführt wurde: Wurde eine HIV-Infektion nachgewiesen?
Kreatinin:	Harnsäure:	Blutzucker:	Gesamtcholesterin:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
HDL-Cholesterin:	LDL-Cholesterin:	Triglyzeride:		
<b>Urin (Teststreifen):</b>	Eiweiß:	Zucker:	Blut:	
<b>Liegen pathologische Werte vor?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Wenn ja, Ursache:			Therapie:	Prognose:
<b>11. Bestehen Allergien?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Wie zeigen sie sich?		Allergietestbefunde:
<b>12. Bestehen Hämorrhoiden, Fisteln, Krampfadern, Besenreiservarizen oder Beingeschwüre?</b>				
<b>13.a Haben wegen der hier erhobenen Befunde bereits Behandlungen stattgefunden?</b> Wenn ja, welche, wann, wie oft?				
<b>13.b Halten Sie weitere Untersuchungen oder Behandlungen für erforderlich?</b> Wenn ja, wegen:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <b>Therapie:</b>		
<b>13.c Welche Befunde haben Sie dem Patienten mitgeteilt?</b>				

## Erklärung des Arztes:

Durch meine Unterschrift bestätige ich, alle Antworten, die mir mein Patient oder dessen gesetzlicher Vertreter zu den Fragen über die Gesundheitsverhältnisse im Antrag/in der Anmeldung bzw. in der Angebotsanforderung gegeben hat, festgehalten zu haben.

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes