

Ärztliches Zeugnis

Die Kosten für die Erstellung dieses Ärztlichen Zeugnisses übernimmt der Antragsteller.

Zu versichernde Person	Name, Vorname						
	Geburtsdatum						
	Straße, Haus-Nr.						
	Postleitzahl, Wohnort						
	Beruf						
	Service-Nr.						
	Geschäftsstelle						
I. Erklärung vor dem Arzt	Jede Frage ist vom Arzt einzeln zu stellen, keine zu übergehen oder zu streichen. Bezugnahme auf frühere Angaben genügt nicht. Bei <input type="checkbox"/> bitte Zutreffendes ankreuzen.						
	1. Leiden oder litten Sie an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden (Zutreffendes ist unter Ziffer 2. zu erläutern.):						
	1.1	des Herzens oder der Kreislauforgane, z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzklopfen, erhöhtem Blutdruck, Schlaganfall, sonstigen Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	1.2	der Atmungsorgane, z. B. Tuberkulose, Rippen(Brust-)fellentzündung, wiederholter oder länger dauernder Bronchitis, Asthma?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	1.3	der Verdauungsorgane, z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	1.4	der Harn- oder Geschlechtsorgane, z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Prostata, erschwertem oder schmerzhaftem Harnlassen, blutigem Harn, Eiweißausscheidung, Erkrankungen der Gebärmutter?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	1.5	des Gehirns oder Rückenmarks, der Nerven, an Gemüts- oder Geistesstörungen, z. B. Epilepsie, Krämpfen, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufigen Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	1.6	der Augen, z. B. Herabsetzung der Sehschärfe?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	1.7	der Ohren, z. B. Ohrenfluss, Schwerhörigkeit?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	1.8	der Haut?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	1.9	der Wirbelsäule, der Knochen oder Gelenke?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	1.10	des Blutes oder der Drüsen, z. B. Funktionsstörungen der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	1.11	an Zuckerkrankheit, Zuckerausscheidung oder sonstigen Stoffwechselstörungen?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	1.12	an Geschwülsten?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	1.13	an Gelenkrheumatismus, rheumatischen Beschwerden oder Gicht?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	1.14	an akuten oder chronischen Infektionskrankheiten, z. B. Tuberkulose, Syphilis?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	1.15	an sonstigen Krankheiten, Verletzungsfolgen, Gebrechen, körperlichen Fehlern oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	2. Erläuterungen zu Frage 1						
	Art der Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden		Von wann bis wann?	Wie oft?	nein	ja	Ausgeheilt? - seit wann?
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Art der Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden	Von wann bis wann?	Wie oft?	Ausgeheilt?	
			nein	ja - seit wann?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Angaben über Behandlungen und Untersuchungen

	nein	ja	Wann?	Ausgeheilt?	
				nein	ja - seit wann?
3.1 Sind Sie operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Weshalb?		
3.2 Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Weshalb?		
3.3 Haben Untersuchungen stattgefunden, die zu der Feststellung einer Virusinfektion (auch Antikörperbefund) oder eines sonstigen krankhaften Befundes (z. B. Rheuma, Hepatitis, Allergien, HIV) führten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Weshalb?		
3.4 Nahmen oder nehmen Sie regelmäßig oder gewohnheitsmäßig Medikamente oder Drogen, ggf. welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Weshalb?		
3.5 Sind Sie mit Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt worden oder wurde eine Schockbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Weshalb?		
3.6 Sind Sie in einem Krankenhaus, einer Heilstätte, einem Sanatorium oder einer Kuranstalt untersucht oder behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Weshalb?		
3.7 Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Weshalb?		
3.8 Wurden Sie mit Röntgenstrahlen (außer Reihenuntersuchung) oder Isotopen untersucht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Weshalb?		
			Mit welchem Ergebnis?		
3.9 Wurde ein Elektrokardiogramm aufgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Weshalb?		
			Mit welchem Ergebnis?		

4. Angaben über Behinderung/Rentenbezug	
4.1	Besteht bei Ihnen eine Behinderung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, welche? _____ Grad der Behinderung (GdB) _____ %
4.2	Bezogen, beziehen oder beantragten Sie eine Invaliden-, Unfall- oder Dienstbeschädigungsrente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, weshalb? _____
5. Welche Ärzte haben Sie in den letzten 5 Jahren beansprucht?	
_____ _____	
Straße, Haus-Nr. _____	
Postleitzahl, Ort _____	

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass der Arzt dieses Zeugnis nebst eventueller Anlagen unmittelbar an die Debeka Hauptverwaltung, Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18, 56073 Koblenz, sendet.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

X

Datum

X

Unterschrift des Antragstellers sowie der volljährigen mitzuversichernden Person, ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

II. Untersuchungsbefund	1. Ergebnisse				
	Gewicht ohne Kleidung	_____	_____	kg	
	Größe ohne Schuhe	_____	_____	cm	
	Puls	Ruhe	_____	/ Belastung	_____
	Blutdruck	syst.	_____	/ diast.	_____
	Urinuntersuchung	Eiweiß	_____	Zucker	_____
	2. Besteht eine Erkrankung der folgenden Organe?				
		nein	ja	Welche Abweichungen liegen vor?	
	2.1	Herz und Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.2	Lunge und sonstige Atmungsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.3	Verdauungsorgane, Magen, Leber, Gallenblase, Pankreas, Milz, Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.4	Harn- und Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.5	Nervensystem, Knochengerüst, Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.6	Ohren, Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. Wurden krankhafte, bisher nicht angegebene Befunde erhoben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Welche Abweichungen liegen vor? _____					
4. Bemerkungen					
_____ _____ _____ _____ _____					

	5. Was haben Sie der untersuchten Person über den Befund mitgeteilt?

Die Honorar-Rechnung bitte dem Antragsteller zusenden:

X
Datum

X
Stempel und Unterschrift des Arztes