

ÄRZTLICHES ATTEST – LEBENSVERSICHERUNG

Auf Basis der Vereinbarung der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs: <http://www.vvo.at>. Stand Jänner 2017.

Das Honorar zahlt das Versicherungsunternehmen (ausgenommen Beantragung reiner Risikolebensversicherungen)



zu versichernde Person

Herr/Frau _____ geb. am _____

Beruf, ggf. auch Nebenberuf _____ Fam. Stand _____
(Bitte genaue Angaben über die Beschäftigung)

Wohnadresse _____
(Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

Bei bestehendem Verwandtschaftsverhältnis zu der zu untersuchenden Person die Untersuchung bitte nicht durchführen!

Jede der nachstehenden Fragen bitte einzeln beantworten, das Zutreffende ankreuzen und bei „Ja“ bitte näher erläutern. Durch sorgfältige Beantwortung helfen Sie zeitraubende Rückfragen zu vermeiden. Danke!

I. Erklärungen der zu versichernden Person vor dem Arzt

1. Sind bei Ihren leiblichen Eltern oder Geschwistern vor Erreichen des 60. Lebensjahres Diabetes, Herzkrankheit, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung, Alzheimer, Parkinson, Multiple Sklerose oder Chorea Huntington vorgekommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche? Bei wem?																															
2. Haben oder hatten Sie Krankheiten, Störungen oder Beschwerden: a) des Herzens oder der Kreislauforgane , z. B. einen Herzfehler (angeboren oder erworben?), Angina pectoris, koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen (in welchem Bereich?), erhöhten Blutdruck, Venenentzündung, Embolie, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzleistungsschwäche oder Atemnot bei Belastung, Herzrhythmusstörungen? Nein Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b) der Atmungsorgane , z. B. wiederholte oder länger dauernde Bronchitis, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, Erkrankung des Kehlkopfes oder Schlafapnoe? Nein Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c) der Verdauungsorgane (Leber, Gallenblase, Magen, Darm)? Z. B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallenstein, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenentzündung, Gastritis, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, länger andauernder Durchfall oder Verstopfung? Nein Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d) der Harn- oder Geschlechtsorgane , der Prostata, der Hoden oder Nebenhoden, z. B. ein Steinleiden, Nieren-, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, blutigen Harn, Eiweißausscheidung, Nierenkoliken? Nein Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e) der Nerven, des Gehirns oder Rückenmarks , z. B. Epilepsie, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Lähmungen, Schwindel, Bewusstseinsstörungen, Ohnmachten, Migräne oder häufige Kopfschmerzen? Nein Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f) der Psyche , z. B. Depressionen, Burn-out Syndrom, Angststörungen, Zwangsstörungen, Neurose, Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Psychosen, Schizophrenien, Essstörungen, Schmerzsyndrome, psychosomatische Störungen, Selbstmordversuche? - Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung? Nein Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Wurden oder werden Psychopharmaka verordnet? Nein Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>g) der Sinnesorgane, wie der Ohren (z. B. Schwerhörigkeit) oder der Augen (z. B. Herabsetzung der Sehschärfe: Dioptrienzahl: re. +/- _____ li. +/- _____)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h) der Haut, z. B. Geschwüre, Ekzeme, Psoriasis, Allergien, Neurodermitis oder Pilzkrankungen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i) des Bewegungsapparates (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder und Sehnen), z. B. Rücken-, Nacken- oder Schulterbeschwerden, Knie- oder Hüftgelenksbeschwerden? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>j) des Stoffwechsels oder des Blutes, z. B. Zuckerkrankheit, Störung des Fettstoffwechsels (z. B. Cholesterin, Triglyceride), Gicht (Harnsäure), Schilddrüsen-, Drüsen- oder Hormonstörungen, Anämie oder andere Veränderungen des Blutbildes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>k) Tumore (gutartig/bösartig) oder Lymphknotenschwellungen, abnormen Gewichtsverlust? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>l) rheumatische Beschwerden? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>m) des Immunsystems, Allergien oder Infektionen (akute oder chronische), z. B. Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten (z. B. HIV-Infektion, AIDS)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>n) sonstige Krankheiten, Gebrechen oder Beschwerden nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>o) bei Frauen außerdem: Erkrankungen der Brüste oder Unterleibsorgane? Besteht Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> In welchem Monat? _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Nein	Ja	g) der Sinnesorgane , wie der Ohren (z. B. Schwerhörigkeit) oder der Augen (z. B. Herabsetzung der Sehschärfe: Dioptrienzahl: re. +/- _____ li. +/- _____)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) der Haut , z. B. Geschwüre, Ekzeme, Psoriasis, Allergien, Neurodermitis oder Pilzkrankungen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) des Bewegungsapparates (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder und Sehnen), z. B. Rücken-, Nacken- oder Schulterbeschwerden, Knie- oder Hüftgelenksbeschwerden? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) des Stoffwechsels oder des Blutes , z. B. Zuckerkrankheit, Störung des Fettstoffwechsels (z. B. Cholesterin, Triglyceride), Gicht (Harnsäure), Schilddrüsen-, Drüsen- oder Hormonstörungen, Anämie oder andere Veränderungen des Blutbildes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k) Tumore (gutartig/bösartig) oder Lymphknotenschwellungen , abnormen Gewichtsverlust? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l) rheumatische Beschwerden ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m) des Immunsystems , Allergien oder Infektionen (akute oder chronische), z. B. Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten (z. B. HIV-Infektion, AIDS)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n) sonstige Krankheiten, Gebrechen oder Beschwerden nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o) bei Frauen außerdem: Erkrankungen der Brüste oder Unterleibsorgane? Besteht Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> In welchem Monat? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nein	Ja																													
g) der Sinnesorgane , wie der Ohren (z. B. Schwerhörigkeit) oder der Augen (z. B. Herabsetzung der Sehschärfe: Dioptrienzahl: re. +/- _____ li. +/- _____)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
h) der Haut , z. B. Geschwüre, Ekzeme, Psoriasis, Allergien, Neurodermitis oder Pilzkrankungen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
i) des Bewegungsapparates (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder und Sehnen), z. B. Rücken-, Nacken- oder Schulterbeschwerden, Knie- oder Hüftgelenksbeschwerden? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
j) des Stoffwechsels oder des Blutes , z. B. Zuckerkrankheit, Störung des Fettstoffwechsels (z. B. Cholesterin, Triglyceride), Gicht (Harnsäure), Schilddrüsen-, Drüsen- oder Hormonstörungen, Anämie oder andere Veränderungen des Blutbildes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
k) Tumore (gutartig/bösartig) oder Lymphknotenschwellungen , abnormen Gewichtsverlust? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
l) rheumatische Beschwerden ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
m) des Immunsystems , Allergien oder Infektionen (akute oder chronische), z. B. Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten (z. B. HIV-Infektion, AIDS)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
n) sonstige Krankheiten, Gebrechen oder Beschwerden nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
o) bei Frauen außerdem: Erkrankungen der Brüste oder Unterleibsorgane? Besteht Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> In welchem Monat? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
3. Erläuterungen zu 2. (soweit anamnestisch erhebbar): <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">Art (Diagnose) der Erkrankungen Störungen oder Beschwerden:</th> <th style="width: 20%;">Von wann bis wann?</th> <th style="width: 20%;">Wie oft?</th> <th style="width: 25%;">Behandelnde Ärzte mit Anschrift:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>.....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>.....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>.....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>.....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>.....</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Art (Diagnose) der Erkrankungen Störungen oder Beschwerden:	Von wann bis wann?	Wie oft?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift:							
Art (Diagnose) der Erkrankungen Störungen oder Beschwerden:	Von wann bis wann?	Wie oft?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift:																												
.....																															
.....																															
.....																															
.....																															
.....																															

<p>4. a) Nahmen oder nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja: Welche? Wieviel pro Tag derzeit bzw. bis wann?</p> <p>b) Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? Wenn ja: Was? Wieviel? Seit Wann?</p> <p>c) Nahmen oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (insbesondere Herz-, Gefäßmedikamente, Blutzucker oder Blutdruck senkende Mittel) Welche? Dosis? Seit bzw. bis wann?</p> <p>d) Bestand oder besteht Medikamenten- bzw. Suchtmittel- oder Drogenmissbrauch?</p>	<p>Nein Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>5. a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welcher Art? Welche Folgen bestehen?</p> <p>b) Beantragten, beziehen oder bezogen Sie eine Rente? Prozentsatz der MDE? Begründung des Rentenbescheides?</p> <p>c) Sind Sie krankheitshalber vorzeitig in den Ruhestand versetzt?</p>	<p>Nein Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>6. a) Sind Sie operiert worden?</p> <p>b) Ist eine Operation vorgesehen?</p> <p>c) Erfolgten Behandlungen mit Röntgen-, Isotopen-, oder sonstigen radioaktiven Strahlen oder Chemotherapien?</p> <p>d) Mussten Sie andere Behandlungen, wie z. B. mit Interferon, vornehmen lassen?</p>	<p>Nein Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Die folgenden 3 Angaben beziehen sich auf die letzten 3 Jahre:</p> <p>7. a) Wurde ein Elektrokardiogramm aufgenommen? Ergometrie? 24-h-EKG, 24-h-RR-Messung? ERGEBNIS? (Falls EKG-Streifen und/oder Befundbericht vorhanden sind, überlassen Sie uns diese bitte leihweise)</p> <p>b) Wurden Röntgen-, Computertomographie-, oder andere bildgebende bzw. nuklearmedizinische Untersuchungen durchgeführt? ERGEBNIS?</p> <p>c) Wurden Labor- oder sonstige Untersuchungen durchgeführt, die bisher nicht angegeben sind? Welche? ERGEBNIS?</p> <p>d) Haben Sie jemals einen HIV-Test vornehmen lassen (ERGEBNIS?) oder wurde Ihnen ein solcher Test empfohlen?</p>	<p>Nein Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Die folgenden Angaben beziehen sich auf die letzten 10 Jahre:</p> <p>8. a) Sind Sie sonst in einem Krankenhaus untersucht oder behandelt worden? Wo? Weshalb?</p> <p>b) Hatten Sie Kuraufenthalte? Entziehungskuren? Wo? Weshalb?</p> <p>c) Waren Sie in einem Rehabilitationszentrum? Wo? Weshalb?</p>	<p>Nein Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>9. Welchen Arzt nehmen Sie für gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt) bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am Besten informiert?</p>	<p>Name und Anschrift</p>
<p>10. Von welchen anderen Ärzten, Psychologen oder anderen Therapeuten - außer den bereits genannten - wurden Sie in den letzten 5 Jahren untersucht, beraten oder behandelt? Weshalb?</p>	<p>Name und Anschrift</p>

Ich übernehme durch meine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben; dies auch dann, wenn die Angaben nicht eigenhändig, sondern von einer anderen Person geschrieben wurden. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Verschweigen von Krankheiten oder Gebrechen, die mir bekannt sind bzw. bis Vertragsabschluss bekannt werden, zur Ablehnung von Leistungsansprüchen führen kann.

Ich ermächtige, ausdrücklich, die vom Versicherer gewünschte Untersuchung, wie im Teil II dieses Formulars vorgesehen, durchzuführen und dieses dem Versicherer zur Verfügung zu stellen.

Datum	Unterschrift der zu versichernden Person
-------	--

