

Versorgungswerk der Steuerberater in Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ärztliches Zeugnis

frühere MG-Nummer:

Das Honorar zahlt die/der zu Untersuchende.

Name und Vorname (ggf. auch Geburtsname der zu versichernden Person)

Geburtsstag

Berufstätigkeit

PLZ, Ort, Strasse, Nr.

I. Erklärung vor dem Arzt

Jede Frage ist vom Arzt einzeln zu stellen, keine zu übergehen oder gar mit Strichen abzutun. Jede Frage ist mit ja oder nein zu beantworten. Bezugnahmen auf frühere Angaben genügen nicht. Wenn der Raum für die Beantwortung nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei und verweisen an dieser Stelle darauf.

1 Sind bei Ihren Eltern oder Geschwistern Tuberkulose, Herz- oder Kreislauf-, Zucker-, Gemüts- oder Nervenerkrankungen vorgekommen?
 ja nein Welche?
 bei wem?

2 Sind Sie in ihrer Berufstätigkeit oder beim Sport besonderen Gefahren ausgesetzt?
 ja nein Welchen?

3 **Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:** (Zutreffendes ist in den Fragen a bis p zu unterstreichen und unter Punkt 4 zu erläutern.)

a) des Herzens oder der Kreislauforgane, z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie? ja nein

b) der Atmungsorgane, z.B. Tuberkulose, Rippen- (Brust-)fellentzündung, wiederholte oder längerdauernde Bronchitis, Asthma? ja nein

c) der Verdauungsorgane, z.B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauspeicheldrüse? ja nein

d) der Harn- oder Geschlechtsorgane, z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, Schmerzen in der Nierengegend, blutiger Harn, Eiweißausscheidung? ja nein

e) des Gehirns oder Rückenmarks, der Nerven, Gemüts- oder Geistesstörungen, z.B. Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen? Erfolgte psychotherapeutische Behandlung? ja nein

f) der Augen, z.B. Herabsetzung der Sehschärfe? Dioptrienzahl? ja nein

g) der Ohren, z.B. Ohrenfluß, Schwerhörigkeit? ja nein

h) der Haut, Knochen, Wirbelsäule oder Gelenke? ja nein

i) der Drüsen, der Milz, des Blutes? ja nein

k) Stoffwechselerkrankungen, Zuckerkrankheit, -ausscheidung, Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Gicht, Fettstoffwechselstörung? ja nein

l) Geschwülste (Tumore)? ja nein

m) Rheumatismus, Gelenk-, Muskelrheumatismus? ja nein

n) akute oder chronische Infektionskrankheiten, z.B. Tuberkulose, Syphilis, Tropenkrankheiten? ja nein

o) sonst. Krankheiten, Gebrechen, körperl. Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? ja nein

Bei Frauen außerdem:

p) Erkrankungen der weiblichen Organe? ja nein
 Besteht Schwangerschaft? ja nein
 in welchem Monat?

4 **Erläuterungen zu Frage 3**

Art der Erkrankung, Störungen oder Beschwerden

Von wann bis wann?

Wie oft?

Behandelnde Ärzte mit Anschrift

5

a) Nahmen oder nehmen Sie Drogen oder Medikamente? Welche? ja nein Wann? Welche? Behandelnde Ärzte mit Anschrift

b)	Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch AIDS-Test)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
c)	Sind Sie mit Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt worden, oder wurde eine Schockbehandlung durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
d)	Wie viele Zigaretten durchschnittlich pro Tag rauchen/rauchten Sie in den letzten 5 Jahren?	<input type="text"/>	Stück		
e)	Welche Menge Alkohol nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="checkbox"/> kein Alkohol	<input type="checkbox"/> Glas Bier (0,3 lit.)	<input type="checkbox"/> Glas Wein (0,25 lit.)	<input type="checkbox"/> Glas Spirituosen (0,1 lit)
6	a) Haben sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welcher Art?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	b) Bezogen, beziehen oder beantrag(ten) Sie Rente? Bitte unbedingt Rentenbescheid aus dem das Rentenleiden hervorgeht, zur Einsichtnahme einsenden.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	c) Liegt ein Behindertenausweis vor? Grad der Behinderung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
	d) Sind sie krankheitshalber vorzeitig in den Ruhestand versetzt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	e) Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
7	a) Haten Sie Operationen? Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	b) Ist eine Operation vorgesehen? Welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	c) Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonst. Strahlen behandelt worden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
8	a) Wurden Sie mit Röntgen (außer Röntgen- Reihenuntersuchung) oder Isotopen untersucht?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Ergebnis ➡	
	b) Wurde ein Elektrokardiogramm aufgenommen? (Bitte falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht beilegen)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Ergebnis ➡	
9	Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen? Welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
10	a) Sind Sie in den letzten 5 Jahren noch von anderen Ärzten, Heilpraktikern oder Psychotherapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wann? Weshalb?	Name und Anschrift
	b) Sind Sie in einem Krankenhaus, einer Heilstätte, einem Sanatorium, einer Kuranstalt, einer Lungenfürsorgestelle oder einem Versorgungsamt untersucht oder behandelt worden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wann? Weshalb?	Anschrift
11	Haben Sie einen Arzt/Heilpraktiker, der über Ihren Gesundheitszustand am besten Auskunft geben kann? Wann und weshalb haben Sie diesen Arzt zu Rate gezogen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wann? Weshalb?	Name und Anschrift

Ich ermächtige das Versorgungswerk, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde sowie andere Personenversicherer und Sozialversicherungsträger über meine Gesundheitsverhältnisse bei Antragstellung zu befragen; dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten drei Jahre. Das Versorgungswerk darf auch die Ärzte, die die Todesursache feststellen, und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersuchen oder behandeln werden, sowie andere Personenversicherer, Behörden und Sozialversicherungsträger über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Insoweit **entbinde** ich alle, die hiernach befragt werden, von der **Schweigepflicht** auch über meinen Tod hinaus. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Antrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nicht verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass Leistungen des Versorgungswerkes entfallen, wenn eine Berufsunfähigkeit auftritt, die auf nicht wahrheitsgemäßen oder verschwiegenen Angaben über meinen Gesundheitszustand beruhen.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Mitgliedes

II. Untersuchungsbefund

1 Haben Sie die zu untersuchende Person bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt? ja nein

Wann und weswegen?
(sofern Laborwerte, EKG und Befunde vorliegen, bitte mit einsenden)

2 Gewicht ohne Kleidung kg Umfang des Brustkorbes: eingeatmet cm Umfang des Halses cm

Größe ohne Schuhe cm ausgeatmet cm Umfang des Leibes cm

Raum für Befunde/mitteilungen

3 Macht die zu untersuchende Person einen altersentsprechenden, gesunden und frischen Eindruck?
Ist sie übergewichtig, gut genährt, mager? ja nein

4 Halten Sie **Skelett** und **Bewegungsapparat** für gesund?
Wenn nein, welches Leiden liegt vor? ja nein

5 Halten Sie **Haut** und **Schleimhäute** für gesund?
Wenn nein, welches Leiden liegt vor? ja nein

6 Halten Sie die **Sinnesorgane** für gesund?
Wenn nein, welches Leiden liegt vor? ja nein

7 Halten Sie das **Nervensystem** und **Psyche** für gesund, insbesondere verhalten sich die Reflexe (Pupillenreaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflexe, Romberg) normal?
Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor? ja nein

8 Halten Sie das **Hormonsystem** – insbesondere die Schilddrüse – für gesund?
Wenn nein, welches Leiden liegt vor? ja nein

9 **Herz und Kreislauf**

- a) Ist das Herz vergrößert? (Ausmaß) ja nein
- b) Ist das Herz verlagert? ja nein
- c) pathologische Herztöne? ja nein
- d) Bestehen Geräusche?
Welche? Wo? ja nein
- e) Sind die Geräusche organisch? ja nein

Pulschläge
je Minute

Blutdruck in mm Hg.

f) Pulsfrequenz und Blutdruck: in Ruhe systol. diastol.

bei Ruhewerten über 145/95 mm Hg.
Kontrolle nach Abschluß der Untersuchung

Kontrollergebnis

g) Bestehen Pulsunregelmäßigkeiten? ja nein
wenn ja, welcher Art?
Bei Extrasystolen: Wie viele in der Minute?

h) Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen?
(Atemnot, Cyanose, Oedeme) ja nein

i) Sind Krampfadern vorhanden?
(Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben) ja nein an den Oberschenkeln? ja nein

k) Können Sie noch zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen?
Welche Erkrankung liegt vor? ja nein

Raum für Befunde/Mitteilungen

10 **Atmungsorgane**

a) Besteht Heiserkeit? Husten? Seit wann? ja nein

Ursache?

b) Form und Wölbung des Brustkorbes?

Ergebnis ➡

c) Perkussion und Auskultation

Ergebnis ➡

d) Besteht eine Erkrankung der
Atmungsorgane?
Welche?

ja

nein

11 Verdauungsorgane

a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Rachen?

ja

nein

b) Besteht eine Erkrankung der Verdauungsorgane?
Welche?

ja

nein

c) Wurde ein Hämoccult-Test durchgeführt?

Ergebnis ➡

12 Harn- und Geschlechtsorgane

a) Harnuntersuchung mittels großem Urinteststreifen
(Combur 12, Stix o.ä.)

Ist der Befund unauffällig?

ja

nein

Wenn nein, welche pathologischen Ergebnisse
wurden festgestellt?

Ergebnis ➡

Sediment-Befund

Ergebnis ➡

b) Besteht eine Erkrankung der Harn- und
Geschlechtsorgane?
Welche?

ja

nein

c) Bei Frauen:
Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der
weiblichen Organe?

ja

nein

13 Sonstiges

Wurden weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde erhoben (z.B. Drüenschwellungen oder Störungen des endokrinen Systems, Bluterkrankungen)?
Welche?

ja

nein

Bemerkungen

Der Arzt kann der/dem Untersuchten krankhafte Befunde mitteilen. Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?

Für die Risikobeurteilung sind noch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb ist es nicht gestattet, durch Mitteilung über das Versicherungswagnis der Risikobeurteilung des Versorgungswerkes vorzugreifen.

Das Honorar hat die/der Untersuchende entrichtet.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Der Arzt wird gebeten, dieses Zeugnis abzusenden an:

Versorgungswerk der Steuerberater in Hessen, Postfach 10 52 41, 40043 Düsseldorf

Blutuntersuchung

Name der/des Untersuchten: _____

Geburtsdatum: _____

1. Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit _____ mm nach Westergren

2. Blutbild:

Erythrozyten	_____ Mio/ μ l	Hämoglobin	_____ g/dl
Leucozyten	_____ Tsd / μ l	Hämatokrit	_____ %
Thrombozyten	_____ Tsd/ μ l	MCV	_____ fl

3. HIV-Antikörpertest 1 und 2: Ergebnis: _____

4. Blutchemie: _____ Ergebnis: _____

Bilirubin	_____ mg/dl
Blutzucker (nüchtern)	_____ mg/dl
Kreatinin	_____ mg/dl
Harnstoff	_____ mg/dl
Gesamtcholesterin	_____ mg/dl
HDL-Cholesterin	_____ mg/dl
LDL-Cholesterin	_____ mg/dl
Triglyceride	_____ mg/dl
Harnsäure	_____ mg/dl
Gamma-GT	_____ U/L
GOT	_____ U/L
GPT	_____ U/L
CHE	_____ U/L
Quick-Wert	_____ %

5. Hepatitis-Status: _____

Unterschrift des Arztes/der Ärztin: _____

Die Kosten der Untersuchung trägt der/die Untersuchte.