



**Zusatzklärung**  
zur finanziellen Situation und beruflichen Tätigkeit  
sowie das Ärztliche Zeugnis

Unser Zeichen:

zum Existenzschutz-Antrag vom \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr. (falls bekannt) \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer**

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort

**zu versichernde Person**

Name, Vorname

Geburtsdatum

**Fragen an die zu versichernde Person:**

Achten Sie bitte auf eine vollständige und wahrheitsgemäße Beantwortung der nachstehenden Fragen. Geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie die Anzeigepflicht, sind wir berechtigt, je nach Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, diesen zu kündigen oder anzupassen. Dies kann zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes und/oder zur Leistungsfreiheit führen, auch rückwirkend im bereits eingetretenen Versicherungsfall. Eine ausführliche Belehrung darüber enthält das beiliegende Merkblatt zur gesetzlichen Anzeigepflicht. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, nehmen Sie die Beantwortung bitte – mit Ihrer Unterschrift versehen – auf einem gesonderten Blatt vor.

**1. Fragen zur finanziellen Situation und beruflichen Tätigkeit**

**1.1 Angaben zum Beruf:**

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? \_\_\_\_\_

angestellt     selbstständig     freiberuflich

**1.2 Welchen beruflichen Status haben Sie?**

fest angestellt

auf Zeit angestellt

Arbeiter/Arbeiterin

Beamter/Beamtin

selbstständig/freiberuflich, seit \_\_\_\_\_

Zahl der festen Mitarbeiter: \_\_\_\_\_, davon kaufmännisch Tätige \_\_\_\_\_

davon körperlich Tätige \_\_\_\_\_

**1.3 Wie hoch war Ihr jährliches Brutto-Arbeitseinkommen?**

Bei Selbstständigen: Gewinn bzw. Jahresüberschuss vor Steuern - in den letzten drei Jahren? Nicht anzugeben sind Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung oder sonstige Einkünfte.

Jahr 20\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ EUR, enthaltene variable Bestandteile \_\_\_\_\_ EUR

Jahr 20\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ EUR, enthaltene variable Bestandteile \_\_\_\_\_ EUR

Jahr 20\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ EUR, enthaltene variable Bestandteile \_\_\_\_\_ EUR

## 1.4 Nachweise zur Angemessenheitsprüfung

Zur Prüfung der Angemessenheit sind folgende Einkommensnachweise der letzten drei Jahre erforderlich:

Bei Angestellten bzw. Geschäftsführern:	Dezember-Gehaltsnachweise oder Einkommens-Steuerbescheide
Bei Selbstständigen:	Jahresabschlüsse oder GuV-Rechnungen oder (Dezember-) BWAs
Bei Freiberuflern:	Gewinnermittlung oder (Dezember-) BWAs

**Die Fragen wurden mir, sofern ich sie nicht selbst schriftlich beantwortet habe, in vollem Umfang vorgelesen. Den Inhalt habe ich uneingeschränkt verstanden. Die Fragen wurden von mir vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich keine weiteren Angaben gegenüber dem Vermittler, weder schriftlich noch mündlich, gemacht. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder nicht wahrheitsgemäße Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Eine ausführliche Belehrung hierzu habe ich bei Antragstellung durch den Antragsabschnitt "Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" erhalten.**

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer (Vor- und Zuname)

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person (erforderlich, wenn es sich nicht um den Versicherungsnehmer handelt)

## Ärztliches Zeugnis inkl. EKG in Ruhe und mit Ergometriebelastung (Fahrrad oder Laufband mit submaximaler Ausbelastung) nach beiliegendem Protokoll, Harn- und Laboruntersuchungen - Bitte Blutentnahme und Harnuntersuchung nüchtern -

Versicherungs-Nr./Antrags-Nr.

### Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

wir bitten Sie, die Anamnese zu erheben und die Untersuchung durchzuführen. Für den Auftrag bieten wir folgendes Pauschalhonorar an: Anamnese und Untersuchung 75 EUR, Ergometrie 65 EUR, Laboruntersuchung 75 EUR. **Gesamthonorar 215 EUR.**

Die Untersuchung sollte möglichst vom Hausarzt vorgenommen werden, der mit der zu untersuchenden Person nicht verheiratet, verwandt oder verschwägert sein darf. **Bitte jede Frage einzeln beantworten.**

**Bitte teilen Sie der zu untersuchenden Person vor Aufnahme der Anamnese mit, dass die nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten sind, da unvollständige oder nicht wahrheitsgemäße Angaben den Versicherungsschutz gefährden.**

Name (auch Geburtsname), Vorname der zu untersuchenden Person

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort) der zu untersuchenden Person

I. Erklärung vor dem Arzt:		<input type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen	
1. <b>Nur bei Abschluss einer monatlichen Existenz-Schutz-Rente von mindestens 3.000 EUR (Erwachsene) bzw. 2.000 EUR (Kinder) zu beantworten:</b>  Ist Ihnen bekannt, ob bei Ihren leiblichen Großeltern, Eltern oder Geschwistern Herz- oder Kreislauferkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall), Krebserkrankungen (z.B. Brust-, Hoden- oder Darmkrebs), Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, familiäre Hypercholesterinämie) oder Gemütskrankungen (z.B. Depressionen, Schizophrenie, bipolare Störungen) aufgetreten sind?  <b>(Aus datenschutzrechtlichem Grund KEINE Nennung von Namen oder Verwandtschaftsverhältnis)</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche Erkrankung? In welchem Alter?	
2. Sind Sie im Beruf oder beim Sport besonderen Gefahren ausgesetzt oder ist dies in den nächsten sechs Monaten geplant, z. B. Umgang mit Sprengstoffen, Spezialeinsätze zur Verbrechensbekämpfung, Einsatz in politischen Krisengebieten, Motorsport, Rennsport, Fallschirmspringen, Paragliding, Kampfsport mit Wettbewerb?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welchen?	
<b>Die Fragen 3. bis 7. beziehen sich auf die letzten fünf Jahre – mit Ausnahme der Fragen, die auf "jemals" lauten.</b>			
3. <b>Bestehen oder bestanden bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:</b>		Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte? (mit Anschrift)
3.1 des <b>Herzens oder der Kreislauforgane</b> , z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.2 der <b>Atmungsorgane</b> , z. B. wiederholt oder chronisch Heiserkeit oder Bronchitis; Asthma, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Schlafapnoe, Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.3 der <b>Verdauungsorgane</b> , z. B. Magenschmerzen, Sodbrennen, Entzündung oder Geschwüre des Magens oder Darms, Leberentzündung/Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallenblasenentzündung, Erkrankung der Bauchspeicheldrüse?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.4 der <b>Harnorgane</b> , z. B. Nierenentzündung, Nierenstein, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Blut oder Eiweiß im Urin?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.5 des <b>Gehirns, Rückenmarks, der Nerven</b> , z. B. häufig Kopfschmerzen, Epilepsie, Krampfanfall, Lähmung, Durchblutungsstörung des Gehirns, Gefühlsstörung, Ohnmacht, Schwindel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

3.6	der <b>Psyche</b> , z. B. Angst-, Panik- oder Erschöpfungszustand, Zwangsstörung, Schmerzsyndrom, Depression, Essstörung, Schlafstörung, Aufmerksamkeitsdefizit (ADHS), psychosomatische Störung, Reizdarm, Schizophrenie, Selbsttötungsversuch?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.7	der <b>Augen</b> , z. B. Herabsetzung der Sehfähigkeit (Dioptrien? Visus?), Fehlsichtigkeitskorrektur (z. B. durch Laser), erhöhter Augendruck, Linsentrübung, Netzhautablösung, Gesichtsfeldeinschränkung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.8	der <b>Ohren</b> , z. B. Schwerhörigkeit, Mittelohrentzündung, Tinnitus, Hörsturz, Gleichgewichtsstörung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.9	der <b>Haut, Allergien</b> , z. B. Ekzem, Neurodermitis, Psoriasis, Allergie, Heuschnupfen, Unverträglichkeit, auffälliges Muttermal, Sklerodermie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.10	des <b>Blutes</b> und der <b>Blut bildenden Organe</b> , z. B. Anämie, Blutgerinnungsstörung, vergrößerter Lymphknoten, Leukämie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.11	des <b>Stoffwechsels</b> und des <b>endokrinen Systems</b> , z. B. Diabetes, auffälliger Blutzuckerwert oder Zucker im Urin, erhöhte Werte für Cholesterin oder Triglyceride, Veränderung oder Funktionsstörung der Schilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse oder der Geschlechtshormone?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.12.1	der <b>Geschlechtsorgane (Männer)</b> , z. B. Prostatavergrößerung, erhöhter PSA-Wert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.12.2	der <b>Geschlechtsorgane (Frauen)</b> , z. B. Erkrankung der Gebärmutter, Myom, Endometriose, auffälliger Abstrich (PAP, HPV), Ovarialzyste, Knoten in der Brust?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.13	<b>Geschwülste, Tumore, Krebs</b> , z. B. gutartiger Tumor (Polyp, Zyste, Hämangiom), bösartige Erkrankung oder deren Vorstufen, PAP ab IVa, Carcinoma in situ, Melanom, Karzinom, Leukämie, Lymphom, Meningeom, Prolaktinom, Neurinom?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.14	des <b>Bewegungsapparates, insbesondere der Wirbelsäule und der Gelenke</b> , z. B. Rückenschmerzen, Verspannungen, Lumbago, Skoliose, Bandscheibenschaden, Schleudertrauma, Meniskusschaden, Arthritis, Arthrose, Verrenkung, Fehlstellung, Fraktur, Bandverletzung, Karpaltunnelsyndrom, Tennisarm, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie, M. Bechterew?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.15	als <b>Folge eines Unfalls, einer Verletzung oder Operation</b> , z. B. Fraktur, Bandverletzung, Gehirnerschütterung, innere Verletzungen, Operationsfolgen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<b>4.</b>	<b>Medikamente, Alkohol, Drogen</b>		<b>Wenn ja, wann? Weshalb? Welche? Wie viele?</b>	<b>Behandelnde Ärzte? (mit Anschrift)</b>
4.1	Haben Sie länger als vier Wochen oder wiederholt Medikamente eingenommen oder wurden Ihnen Medikamente empfohlen oder verschrieben (ohne empfängnisverhütende Mittel)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
4.2	Nehmen oder nahmen Sie <b>jemals</b> Drogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
4.3	Nehmen oder nahmen Sie häufig oder gewohnheitsmäßig Schmerz-, Schlaf- oder andere Betäubungsmittel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
4.4	Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich? Art und Menge?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
4.5	Waren Sie <b>jemals</b> wegen Alkohol-, Drogen-, Betäubungsmittel- oder Medikamentenkonsum in Beratung oder Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
4.6	Rauchen Sie oder haben Sie in den <b>letzten fünf Jahren Zigaretten geraucht?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Wie viele täglich?</b>	
4.6.1	Haben Sie das Rauchen aufgegeben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Wann?</b>	
<b>5.</b>	<b>Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit</b>		<b>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?</b>	<b>Behandelnde Ärzte? (mit Anschrift)</b>
5.1	Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit- oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
5.2	Haben Sie <b>jemals</b> aus gesundheitlichen Gründen den Beruf oder den Arbeitsplatz gewechselt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
5.3	Bezogen oder beantragten Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder bestand eine anerkannte Behinderung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Weshalb?</b>	

6. Behandlungen und Operationen			Wenn ja, wann? Weshalb? Ergebnis?	Behandelnde Ärzte? (mit Anschrift)
6.1	Wurde ein operativer Eingriff vorgenommen oder ist ein solcher geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
6.2	Wurden Sie jemals mit Chemo- oder Strahlentherapie behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
6.3	Sind Sie mit bildgebenden Verfahren (z. B. Ultraschall, Röntgen, CT, Kernspin) untersucht worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
6.4	Wurde ein EKG aufgenommen? Weshalb? Ergebnis? (falls vorhanden, Befundbericht bitte einsenden).	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
6.5	Sind Sie in Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder beraten worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
6.6	Wurden Sie von anderen Ärzten, außer den bereits genannten, innerhalb der letzten fünf Jahre untersucht, beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
6.7	Welchen Arzt nehmen Sie gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt)?		<input type="checkbox"/> den untersuchenden Arzt <input type="checkbox"/> Name und Anschrift des Arztes _____ — Weshalb? _____ —	
6.8	Welchen Arzt haben Sie zuletzt beansprucht?		<input type="checkbox"/> den untersuchenden Arzt <input type="checkbox"/> Name und Anschrift des Arztes _____ — Weshalb? _____ —	

## 7. Gentests

Sind bei Ihnen Gentests durchgeführt worden?

nein       ja

Wenn ja, schicken Sie uns bitte das Ergebnis in einem gesonderten Briefumschlag per Einschreiben "Gebühr zahlt Empfänger" an uns "zu Händen des Gesellschaftsarztes". Es ist sichergestellt, dass das Testergebnis nur für die Risikoprüfung der zu versichernden Person verwendet und dann in einem gesonderten Archiv aufbewahrt wird.

**Wir bitten Sie, sich von dem untersuchenden Arzt über die besondere Bedeutung des HIV-Testes aufklären zu lassen.**

### Erklärung der zu versichernden Person:

Die Fragen wurden mir, sofern ich sie nicht selbst schriftlich beantwortet habe, in vollem Umfang vorgelesen, den Inhalt habe ich uneingeschränkt verstanden. Die Fragen wurden von mir vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich keine weiteren Angaben gegenüber dem Arzt, weder schriftlich noch mündlich, gemacht.

Mir ist bekannt, dass unvollständige oder nicht wahrheitsgemäße Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Eine ausführliche Belehrung darüber habe ich bei Antragstellung durch das Merkblatt zur gesetzlichen Anzeigepflicht erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der zur versichernden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes



8.5	Bestehen bei der Untersuchung Hinweise auf Arrhythmien?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8.6	Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen? (Atemnot, Cyanose, Oedeme)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8.7	Sind Krampfadern vorhanden? (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8.8	Bestehen Thrombosen oder postthrombotische Syndrome?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8.9	Bestehen Hinweise auf arterielle Durchblutungsstörungen? (periphere Pulse, Strömungs- oder Stenosegeräusche)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8.10	Halten Sie Herz und Kreislauf für gesund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, welche Erkrankung liegt vor?
<b>9. Atmungsorgane</b>			
9.1	Besteht Heiserkeit? Husten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, seit wann, Ursache?
9.2	Abweichung in Form und Wölbung des Brustkorbes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche Anomalie liegt vor?
9.3	Ergeben Perkussion und Auskultation einen krankhaften Befund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welchen?
9.4	Bestehen Hinweise auf Erkrankungen der Atmungsorgane?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welches Leiden liegt vor?
<b>10. Verdauungsorgane</b>			
10.1	Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Rachen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welcher?
10.2	Krankhafter Befund bei Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauches? (Magen, Leber, Gallenblase, Pankreas, Milz, Darm)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welcher?
10.3	Krankhafter Befund an den Verdauungsorganen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welches Leiden liegt vor?
<b>11. Sonstiges</b>			
11.1	Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde erhoben (z. B. Lymphknotenschwellungen, Hernien, Geburtsfehler, Unfallfolgen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
11.2	Raten Sie zu weiteren Untersuchungen bzw. sind Operationen, Therapien, Abklärungen, Untersuchungen vorgesehen oder angezeigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
<b>12. Aktuelle Laboruntersuchungen</b>			
12.1	<b>Harnuntersuchung</b> Ergebnis des Streifentests	Eiweiß _____ Zucker _____ Blut _____ Bilirubin _____ Urobilinogen _____ Keton _____ Leuko _____ Sonst. _____	

<b>12.1.1 Sedimentbefund (bei pathologischem Streifentest)</b>					
<b>12.1.2 Ergebnis des Cotinintests im Urin (kein Bluttest)</b>					
<b>12.2 Blutuntersuchungen</b> (Bitte fügen Sie den Laborbefund des HIV-Tests als Original oder in Kopie bei. Sofern ein Laborzettel beigelegt wird, erübrigt sich die Eintragung der Laborwerte auf diesem Vordruck.)					
	Ergebnis	Normalbereich		Ergebnis	Normalbereich
			<b>Blutbild</b>		
Cholesterin	_____	_____	Erythrozyten	_____	_____
HDL-Cholesterin	_____	_____	Hämoglobin	_____	_____
LDL-Cholesterin	_____	_____	MCV	_____	_____
Triglyceride	_____	_____	MCH	_____	_____
Gamma-GT	_____	_____	MCHC	_____	_____
SGPT	_____	_____	Leukozyten	_____	_____
SGOT	_____	_____	Thrombozyten	_____	_____
Serum-Kreatinin	_____	_____			
HbA1c-Test	_____	_____			
Harnsäure	_____	_____			
Blutkörperchen-Senkungsge- schwindigkeit	_____	_____			
HIV-I/II- Antikörper-Test	_____	_____			
<b>12.3. Bei pathologischem Laborbefund</b>		<input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<b>Wenn ja, wann? Wie lautet das Ergebnis?</b>		
Wurde eine Abklärung durchgeführt oder ist diese vorgesehen?		<input type="checkbox"/> <b>ja</b>			
Der Arzt kann dem Untersuchten 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 Versicherungsunternehmens vorzugreifen.					

Die Untersuchung fand statt um \_\_\_\_\_ Uhr

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes

Das Honorar beträgt inklusive aller Laborkosten 215 EUR.

Das gesamte Honorar soll überwiesen werden auf

IBAN	BIC	Sparkasse/Bank - Postleitzahl, Ort

Separate Rechnungen (z. B. Labor, EKG) werden direkt an die SV Lebensversicherung AG oder den Patienten geschickt. Nach Eingang der Rechnungen soll der Differenzbetrag überwiesen werden auf

IBAN	BIC	Sparkasse/Bank - Postleitzahl, Ort

**Bitte leiten Sie das Ärztliche Zeugnis zurück an:**

SV Sparkassenversicherung, Löwentorstr. 65, 70376 Stuttgart

# EKG-Ergometrieprotokoll

Fahrrad oder Laufband mit submaximaler Ausbelastung.

- Leistungsstufen 25 Watt im Zwei-Minuten-Intervall, beginnend bei 50 Watt
- Aufführung der Puls- und Blutdruckwerte
- vorzeitige Abbruchkriterien bitte ausdrücklich vermerken

Versicherungs-Nr.	Name, Vorname	Geburtsdatum
-------------------	---------------	--------------

**Wir bitten, das EKG-Ergometrieprotokoll entsprechend dieser Vorgaben durchzuführen und auszufüllen.**

**Bitte keine Streifen beilegen, da der Posteingang gescannt und der Streifen dadurch zerstört wird. Wenn wir zusätzliche Informationen oder den Originalstreifen benötigen, werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen.**

Minuten	Watt	Herzfrequenz	Blutdruck	Klinische Symptomatik
In Ruhe	X		/	
2			/	
4			/	
6			/	
8			/	
10			/	
			/	
			/	
			/	
			/	
			/	

## Nachbelastungsphase:

Minuten	Watt	Herzfrequenz	Blutdruck	Klinische Symptomatik
2			/	
4			/	
6			/	

Wir bitten, die Ergometrie nachstehend zu beurteilen oder einen von Ihnen bereits schriftlich erstellten Befundbericht in Kopie beizufügen.

### Beurteilung:

--

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------------------