



<b>Ärztliches Zeugnis zur Prüfung Wartezeiterlass</b>			<b>Stand 07.19</b>
Antrag vom		PNR/VSNR	<b>Abt. B - Kundenbetreuung</b>
Antragsteller	Vorname	Name	Geburtsdatum
Erstwohnsitz lt. Melderegistereintrag			
<b>Ich bitte um ein ärztliches Zeugnis für</b>	Vorname	Name	Geburtsdatum
Das ärztliche Zeugnis muss <b>innerhalb von 14 Tagen</b> nach o. g. Antragstellung bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG eingereicht werden.			
Die Kosten für die Untersuchung und das ärztliche Zeugnis werden vom <b>Antragsteller</b> getragen. Das ärztliche Zeugnis geht auch bei einer Ablehnung des Antrags in das Eigentum der HanseMerkur Krankenversicherung AG über. Ich, <b>die zu versichernde Person</b> , befreie hiermit den untersuchenden Arzt von seiner gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige ihn, der HanseMerkur Krankenversicherung AG alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.			
Ort, Datum		<b>Unterschrift des Antragstellers und der zu untersuchenden Person</b> bzw. deren gesetzlichen Vertreter	

**Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und aussagekräftig. Striche o. Ä. gelten als Nichtbeantwortung der Frage(n) und wirken sich unter Umständen nachteilig für Ihren Patienten / Ihre Patientin aus.** !

<b>Allgemeine Anamnese</b> (Diagnosen, Beschwerden, Behandlungen inkl. Zeiten [ambulant/stationär/Sanatorium/Kur], behandelnde Ärzte)			
1.			
2.			
3. <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unbekannt			
<b>Appetit</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig, und zwar	
<b>Durst</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig, und zwar	
<b>Schlaf</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig, und zwar	
<b>Gewicht/kg</b>	<input type="checkbox"/> konstant	<input type="checkbox"/> Zu-/Abnahme: _____ kg in _____ Wochen	gewollt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Miktion</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, und zwar	<b>Nykturie</b> <input type="checkbox"/> 0 – 1 mal <input type="checkbox"/> mehr als 1 mal, und zwar Anzahl: _____ mal	<b>Stuhlgang</b> <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, und zwar
<b>Menses regelmäßig</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zuletzt am _____	<b>Nachtschweiß</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Alkohol</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Menge		<b>Nikotin</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Medikamente / Drogen</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
<b>Husten</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Auswurf</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Asthma</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Allergische Reaktionen</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
<b>Es besteht Sterilität</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Bestehen aktuell Beschwerden/Erkrankungen?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte nachstehend aufführen)		
1.		ärztlich behandelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.		ärztlich behandelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.		ärztlich behandelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Wird aktuell eine Therapie durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
<b>Ist eine Therapie angeraten?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		

<b>Ärztliches Zeugnis zur Prüfung Wartezeiterlass</b>		<b>Stand 07.19</b>
Antrag vom		PNR/VSNR

<b>Untersuchungsbefunde</b>				
<b>Größe/cm</b>	<b>Gewicht/kg</b>	<b>sichtbare Behinderung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
<b>Zyanose</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<b>Ikterus</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Ödeme</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Einflussstauung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<b>Lymphknoten vergrößert</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Struma</b> <input type="checkbox"/> ja, Grad <input type="checkbox"/> nein		<b>Halsumfang/cm</b>		
<b>Mundhöhle</b> Schleimhäute gut durchblutet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<b>Rachenring reizlos</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Zahnstatus</b> <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftig		sonstiges		
<b>Herz</b>	HG	HT	HF/min	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
	RR/mmHG	unter Medikation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	periphere Pulse seitengleich tastbar <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Pulmo</b>	Klopfschall sonor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Auskultationsbefund: Vesikuläratmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Abdomen</b>				
Leber tastbar in		cm unter dem Rb.,	Konsistenz:	
Path. Resistenzen?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> vorhanden		Bruchpforten geschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenlager frei?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Milz tastbar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Mammae</b> (z. B. Hypertrophie)	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig		<b>Genitale</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig
<b>Varizen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<b>Reflexe altersgerecht</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Narben</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		<b>reizlos</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Skelettsystem</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, und zwar			
<b>Haut</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, und zwar			
<b>Neurologischer Befund</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, und zwar			
<b>Psychischer Befund</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, und zwar			
<b>Labor: Angabe nur dann, wenn Daten vorliegen.</b> Stand der Untersuchung vom _____ (nüchtern)				
BSG	GGT	GOT	GPT	BZ
CHOL	TRIG	BILI	KREA	HS
<b>Haben sich besondere Befunde ergeben?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar				
<b>Bestehen erkennbare Anomalien?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar				
<b>Der Patient/Die Patientin ist mit bekannt seit</b>				

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin)

**Bitte senden Sie das ärztliche Zeugnis an:**

**E-Mail:** kv-antrag@hansemerkur.de

oder

**Fax:** 040 4119-3257

Sollten Sie Vorbehalte gegen eine Zustellung per E-Mail oder Fax haben, senden Sie das ärztliche Zeugnis bitte an:

**HanseMerkur Krankenversicherung AG**  
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg

---

---

**Bitte senden an**

HanseMercur Krankenversicherung AG  
Abt. B – Kundenbetreuung  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg