

*Auf Basis der Vereinbarung der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte in der ÖÄK mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO), Sektion Lebensversicherung, namens und auftrags der die Lebensversicherung betreibenden Mitgliedsunternehmen, siehe Liste als integrierender Bestandteil zur Vereinbarung, <http://www.vvo.at>.*

**Wir bitten Sie, für unseren nachstehend angeführten Kunden um Informationen über die bei Ihnen aufliegenden Daten zu bekannten Erkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen und Behandlungen der letzten 5 Jahre.**

Herrn/Frau \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

<b>Seit wann</b> steht die betreffende Person in Ihrer ärztlichen Betreuung?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> bis zu 1 Jahr <input type="checkbox"/> länger als 1 Jahr <input type="checkbox"/> mehr als 4 Jahre
Welche <b>Erkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen</b> sind Ihnen bekannt? Sollten Sie Befunde haben, sind wir Ihnen für eine Kopie sehr dankbar.  <b>Insbesondere</b> ersuchen wir um Angaben zu eventuell angefragten Erkrankungen lt. Begleitbrief.	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende (bitte auch Zeitraum angeben):
Welche <b>RR-Werte</b> wurden zuletzt gemessen?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende (wann):
Welche Werte der zuletzt erhobenen Laborbefunde <b>waren außerhalb des Normbereiches</b> ? Bitte, wenn möglich, Kopie beilegen.	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende:
Welche <b>Medikamente</b> wurden im letzten Halbjahr verordnet bzw. empfohlen?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende (Dosierung, für welchen Zeitraum):
Welche sonstigen <b>Behandlungen oder Therapien</b> wurden verordnet oder angeraten?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende (wann):
Haben <b>Operationen oder andere Behandlungen</b> in einem <b>Krankenhaus</b> oder einer sonstigen Heilstätte stattgefunden oder sind sie geplant ?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende (wann, weshalb und wo):
Haben die Patientin/den Patienten auch <b>andere Ärzte</b> oder Therapeuten behandelt?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende (Name und Adresse, wann, weshalb):
Sind Ihnen <b>Risikofaktoren</b> aus der Lebensweise bekannt (z.B.: <b>Übergewicht, Nikotin-, Alkohol-</b> , oder Drogenabusus)? Wir bitten Sie, soweit bekannt, zumindest das ungefähre Ausmaß anzugeben!	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum \_\_\_\_\_  
Arztstempel und Unterschrift

*Honorar lt. Vereinbarung der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer mit dem VVO, Sektion Lebensversicherung: € 40.—(Stand 2015) . Für die Beilage von Befundkopien überweisen wir Ihnen zusätzlich € 10.-. Bitte überweisen an*

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC/SWIFT: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_