



**Deutsche Sport & Entertainment
Versicherungsgemeinschaft**
managed by Burmester, Duncker & Joly
GmbH & Co. KG
Postfach 11 22 31
D-20422 Hamburg
Germany

Ärztliche Bescheinigung / Medical Certificate

**zur Personenausfall-Versicherung
for a Nonappearance-Insurance
(Stand/Version 2020/11)**

(bitte in Druckschrift ausfüllen/please fill in print letters)

Produktion/Firma:
production/companies: _____

Veranstaltung/Projekt
for the event/project: _____

Beschäftigungszeitraum: vom bis:
Period of employment: from till: _____

Untersuchte Person/Name: Geburtsdatum:
reported person/name: birthday: _____

**Feststellungen über den Gesundheitszustand nach erfolgter Untersuchung:
results of the state of health after the examination:**

1. a) Gewicht/kg: _____ b) Größe (cm): _____
weight/kilos: height (cm):

**Bei mit „JA“ und/oder „AUFFÄLLIG“ beantworteten Fragen wird um detaillierten Kommentar gebeten.
Please give detailed comments if questions are answered with „Yes“ or „conspicuous“.**

2. Haut und Schleimhäute unauffällig auffällig
skin and mucous membranes inconspicuous conspicuous

Kommentar/comments: _____

3. Allergien/allergic conditions nein/no ja/yes

Kommentar/comments: _____

4. Mundhöhle und Rachen unauffällig auffällig
mouth and throat inconspicuous conspicuous

Kommentar/comments: _____

5. Bronchien und Lungen unauffällig auffällig
Bronchial systems and lungs inconspicuous conspicuous

Kommentar/comments: _____

6. Herz und Kreislauf unauffällig auffällig
Cardio-vascular system inconspicuous conspicuous

Kommentar/comments: _____



7. Leib unauffällig auffällig
Abdomen inconspicuous conspicuous

Kommentar/*comments:* _____

8. Physiologische Reflexe unauffällig auffällig
Physiological reflexes inconspicuous conspicuous

Kommentar/*comments:* _____

9. Psyche unauffällig auffällig
Psyche inconspicuous conspicuous

Kommentar/*comments:* _____

10. Urinstatus (Combur 8-Test) unauffällig auffällig
Urine inconspicuous conspicuous

11. Blutdruckwerte Beurteilung
Blood-pressure Assessment

12. Nimmt die zu versichernde Person Medikamente? ja nein
Does the person to be insured take any medicine? yes no

Wenn ja, wo gegen?
If yes, please state diagnosis? _____

13. Liegen Anzeichen für unkontrollierte bzw. übermäßige Medikamenten-, Alkohol- oder sonstige Drogeneinnahme vor? ja nein
Are there any signs of taking excessively medicine, drug abuse or alcoholism? yes no

Kommentar/*comments:* _____

14. Sonstige Feststellungen / *Other findings*
(Rheumatismus, Diabetes, sonstige chronische Erkrankungen oder organische Fehlfunktionen)
(*Rheumatism, diabetes, any other chronic disease or organic malfunction*)

15. Ist bei Gesamtbeurteilung des Untersuchungsergebnisses ein erhöhtes Ausfallrisiko erkennbar?
Do the overall results of this examination indicate any increased risk of illness/accident/non appearance?

Ja / *yes* Nein / *no*

Bemerkungen:
Remarks: _____

_____,den/the _____
Wohnort/*Place* Datum/*Date* Unterschrift des untersuchenden Arztes
Signature of examining physician

Genauere Adresse/Stempel/*Full adress/Mark* _____