

Allgemeines ärztliches Zeugnis

zur Vorlage bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG
Maximilianstraße 53; 81537 München; Telefon (089) 21 60- 8888

Versicherungsnummer:

Versicherungsnehmer:

Zeugnis für

Geburtsdatum

Hinweise:

- Die Kosten des Zeugnisses und der Untersuchung trägt die zu versichernde Person.
- Das Zeugnis darf nicht durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder der zu versichernden Person erstellt werden.
- Das Zeugnis ist von Ärzten zu erstellen, die die zu versichernde Person seit mindestens einem Jahr behandeln und deren Krankengeschichte kennen (Hausarzt bzw. behandelnder Arzt). Ansonsten ist das Formular „Ärztlicher Untersuchungsbericht“ zu verwenden.
- Jede Frage ist vollständig zu beantworten und die zu versichernde Person entsprechend zu untersuchen.
- Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen sind nicht anzugeben. Bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen sind jedoch anzugeben, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden hiervon Kenntnis erlangt wurde.

1. **Größe / Gewicht** cm kg

2. Seit wann ist Ihnen die zu untersuchende Person bekannt?

3. **Eigenanamnese**
Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen, Behandlungen, Untersuchungen der letzten 3 Jahre (ambulant), bzw. 5 Jahre (stationär), Tests bezogen auf z. B. AIDS, Allergien, Diabetes...(Diagnose, Testergebnisse, wann und bei wem in Behandlung?)

Psychiatrische, psychologische oder psychotherapeutische Behandlungen oder Suchtbehandlungen in den letzten 10 Jahren (ambulant und stationär)?

Augenblickliche Beschwerden?

Laufende Behandlung wegen (Seit wann und bei wem?)

Sind Medikamente notwendig bzw. werden eingenommen? ja nein Wenn ja, wann?
Welche? Weshalb? Wie lange und in welcher Dosierung?

4. **Berufliche Tätigkeit**

5. Halten Sie **Herz, Kreislauf und Gefäße** für gesund? ja nein
Wenn nein, was liegt vor?

Blutdruck und Pulsfrequenz	Pulsschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg:	
		systolisch	diastolisch
a) in Ruhe: unter Medikamenteneinnahme?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) direkt nach 10 Kniebeugen:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) 2 Minuten danach:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Halten Sie die untersuchte Person frei von Krampfadern und Hämorrhoiden?
Wenn nein, was liegt vor und in welchem Umfang?

ja nein

7. Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?
Wenn nein, was liegt vor?

ja nein

8. Halten Sie das **Knochensystem und die Gelenke** für gesund?
Wenn nein, was liegt vor?

ja nein

9. Halten Sie das **Nervensystem** und die Psyche für gesund?
Wenn nein, was liegt vor?

ja nein

10. Halten Sie die **Verdauungsorgane** (Magen, Leber, Gallenblase, Darm, Pankreas) für gesund?
Wenn nein, was liegt vor?

ja nein

11. Halten Sie die Niere sowie **Harn- und Geschlechtsorgane** für gesund?
Wenn nein, was liegt vor?

ja nein

Urin frisch gelassen:

Eiweiß

Zucker

Sediment

Bei weiblichen Personen:
Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein voraussichtlicher Entbindungstermin:

Bisheriger Schwangerschaftsverlauf?

12. Halten Sie die **Augen, Nase, Ohren, Mund- und Rachenhöhle** für gesund?
Wenn nein, was liegt vor?

ja nein

13. Liegen **Stoffwechselstörungen**, insbesondere der Schilddrüse, vor?
Bei Struma?
Operationsindikation?

ja nein

Grad WHO?

14. Bestehen Gebrechen, Prothesen (z. B. Bein- oder Knieprothese, künstliche Gelenke), Körperimplantate (z. B. Brustimplantate, Herzschrittmacher), Anomalien, Organfehler, Sterilität bzw. Infertilität (Unfruchtbarkeit)?

ja nein

15. Halten Sie die **Haut** für gesund?
Wenn nein, was liegt vor?

ja nein

16. Bestehen **Allergien**?
Wenn ja, welche?

ja nein

Bestehen asthmatische Beschwerden?

ja nein

17. Sind Behandlungen derzeit erforderlich oder wurden welche angeraten?

ja nein

Anschrift des behandelnden Arztes, Zahnarztes, Psychotherapeuten, Heilpraktikers oder Krankenhauses:

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes