

## Ärztlicher Untersuchungsbericht

Zur Vorlage bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG  
Maximilianstraße 53 · 81537 München

Versicherungsnummer:

Versicherungsnehmer:

Bericht für

Geburtsdatum

### Hinweise:

- Die Kosten des Untersuchungsberichtes und der Untersuchung trägt die zu versichernde Person.
- Der Untersuchungsbericht darf nicht durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder der zu versichernden Person erstellt werden.
- 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.

## Teil I Krankengeschichte

(Reicht der vorgegebene Platz für die Beantwortung nicht aus, verwenden Sie bitte ein Beiblatt)

### 1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Störungen oder Beschwerden ...

a) **des Herzens oder der Kreislauforgane**  
(z. B. Bluthochdruck, Schmerzen in der Herz-  
gegend, Herzfehler, Rhythmusstörungen, Herz-  
leistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen,  
Durchblutungsstörungen oder Infarkt des Herzens,  
Gehirns oder der Extremitäten, Embolie)?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

b) **der Atmungsorgane**  
(z. B. Tuberkulose, häufige oder chronische  
Bronchitis, Asthma, Emphysem, blutiger  
Auswurf, Lungen- oder Brustfellentzündung)?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

c) **der Verdauungsorgane**  
(z. B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblu-  
tungen, Leberleiden, erhöhte Leberwerte, Gelb-  
sucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der  
Bauchspeicheldrüse, chronische Darment-  
zündung)?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

d) **der Harn- oder Geschlechtsorgane**  
(z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden,  
Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung,  
Erkrankungen der Vorsteherdrüse, erschwertes  
oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn,  
Eiweißausscheidung)?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

e) **der Milz, des Blutes**  
(z. B. Leukämie, Anämie)?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

f) **des Stoffwechsels**  
(z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen,  
Harnsäureerhöhung, Gicht, Funktionsstörungen  
der Schilddrüse)?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

g) **des Nervensystems**  
(z. B. Epilepsie, Krämpfe, Multiple Sklerose,  
Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel,  
häufige Kopfschmerzen)?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

h) **der Psyche**  
(z. B. Depressionen oder sonstige Gemütskrankungen, chronische Essstörungen, psychosomatische Störungen)?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

i) **der Augen**  
(z. B. Sehschwäche (Dioptrien?), Gesichtsfeldeinschränkungen, erhöhter Augeninnendruck, Augenhintergrundveränderungen)?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

j) **der Ohren, Nase**  
(z. B. Tinnitus, Mittelohrerkrankungen, Hörsturz)?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

k) **der Haut, Allergien**  
(z. B. Psoriasis, Neurodermitis, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Tierhaarallergie)?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

l) **der Wirbelsäule, Bandscheiben, Knochen, Gelenke** (z. B. Hexenschuss, Lumbago, Ischias, Bandscheibenvorfall, Gelenkverschleiß, rheumatische Beschwerden, Hüftdysplasie)?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

m) **in Form von Geschwülsten**  
(z. B. Tumoren, Lymphknotenvergrößerungen)?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

n) **in Form von akuten oder chronischen Infektionskrankheiten**  
(z. B. Tropenkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, chronische Hepatitis)?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

o) **wegen Unfällen, Verletzungen und/oder Operationen?**  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

p) **Bei Frauen: der Gebärmutter, der Eierstöcke oder Brust?**  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

Wann war die letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung?

Untersuchungsergebnis:

Besteht eine Schwangerschaft?  nein  ja

Wenn ja, voraussichtlicher Entbindungstermin?

Wenn ja, gab es bei vorausgegangenen Schwangerschaften Komplikationen?  nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

2. a) Nahmen Sie in den letzten 5 Jahren bzw. nehmen Sie regelmäßig Medikamente (ohne Verhütungsmittel) und/oder Beruhigungsmittel?

nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Seit wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

b) Besteht oder bestand bei Ihnen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch?

nein  ja

Wenn ja, was?

Seit wann?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

c) Haben Sie ungewollt in den letzten 12 Monaten mehr als 5 kg Gewicht verloren?

nein  ja

Wenn ja, weshalb?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

3. a) Haben Gesundheitsstörungen/Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit bzw. Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen?

nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Seit wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

b) Bestehen körperliche oder geistige Behinderungen, Geburtsfehler, Verluste oder Schäden an Organen bzw. Körpergliedern, Wirbelsäulenverkrümmungen oder Bandscheibenschäden?

nein  ja

Wenn ja, was?

Seit wann?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

c) Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 4 Wochen arbeitsunfähig?

nein  ja

Wenn ja, weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

d) Ist eine Operation vorgesehen?

nein  ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

4. a) Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch andere Ärzte, Heilkundige, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnasten, Heilpraktiker) untersucht, behandelt oder beraten worden?

nein  ja

Wenn ja, weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

b) Sind Sie in den letzten 5 Jahren in Krankenhäusern, Rehakliniken, Sanatorien untersucht oder behandelt worden?

nein  ja

Wenn ja, weshalb?

Wann?  Wie oft?  Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

c) Sind Sie in den letzten 5 Jahren mit bildgebenden Verfahren untersucht worden (z. B. Sonographie, Röntgen, CT, Kernspin)?

nein  ja

Wenn ja, weshalb?

Wann?  Wie oft?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

5. Welchen Arzt nehmen Sie gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt)?

## Teil II Untersuchungsbefund

(Reicht der vorgegebene Platz für die Beantwortung nicht aus, verwenden Sie bitte ein Beiblatt)

1. Haben Sie die zu untersuchende Person in den letzten 5 Jahren bereits ärztlich untersucht, behandelt oder beraten?  nein  ja Wenn ja, wann?  Wie oft?

Bitte teilen Sie uns Ihnen vorliegende Untersuchungsergebnisse, insbesondere Röntgen-, Sonographie-, EKG- und Laboregebnisse mit bzw. übersenden Sie uns die vorhandenen Befunde, Befundberichte und Berichte von Krankenhäusern, Kuranstalten usw. gegen sofortige Rückgabe zur Einsichtnahme.

Untersuchungsergebnisse:

Bitte fügen Sie auch einen Krankenblattauszug bei.

- Sind Medikamente notwendig bzw. werden eingenommen?  nein  ja  
Falls ja: wann? welche? weshalb? wie lange und in welcher Dosierung?

2. Wie groß und wie schwer ist die zu untersuchende Person (ohne Schuhe und Bekleidung)?

Größe:  cm Gewicht:  kg

3. Halten Sie Herz- und Kreislaufsystem für gesund?  nein  ja

Bitte fertigen Sie ein EKG an, teilen uns den Befund und die Beurteilung in freier Form mit und fügen den Original EKG-Streifen bei.

Untersuchungsergebnis:

Bitte geben Sie Blutdruck und Pulsfrequenz an:

- a) in Ruhe:  
b) direkt nach 10 Kniebeugen:  
c) 2 Minuten danach:

Pulsschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg:	
	Systolisch	Diastolisch
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bestehen bei der Untersuchung Hinweise auf ...

- a) eine Herzvergrößerung?  nein  ja  
b) Herzgeräusche?  nein  ja  
c) anormale Herztöne, Rhythmusstörungen?  nein  ja  
d) Insuffizienzzeichen (Dyspnoe, Ödeme)?  nein  ja Wenn ja, welche?   
e) Krampfader (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)?  nein  ja   
f) arterielle Durchblutungsstörungen (abgeschwächte periphere Pulse, Strömungs- oder Stenosegeräusche)?  nein  ja Wenn ja, welche?

4. Finden Sie bei Ihrer Untersuchung Auffälligkeiten ...

- a) im broncho-pulmonalen System?  nein  ja Wenn ja, welche?   
b) im Skelett- und Muskelsystem (z. B. Arthritis, Kyphose, Skoliose)?  nein  ja Wenn ja, welche?   
c) bei Haut- und Schleimhäuten?  nein  ja Wenn ja, welche?

d) bei Sinnesorganen?

nein  
 ja

Wenn ja, welche?

e) beim Nervensystem (z. B. Pupillenreaktionen, Reflexe, Lähmungen, Gang) und der Psyche?

nein  
 ja

Wenn ja, welche?

f) beim Hormonsystem (insbesondere der Schilddrüse)?

nein  
 ja

Wenn ja, welche?

g) im Verdauungssystem (z. B. Lebervergrößerung)?

nein  
 ja

Wenn ja, welche?

h) bei den Harn- und Geschlechtsorganen?

nein  
 ja

Wenn ja, welche?

i) Sonstiges? Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde erhoben (z. B. Hernien)?

nein  
 ja

Wenn ja, welche?

#### 5. Aktuelle Laboruntersuchungen

a) Urinuntersuchung/Streifentest

Eiweiß

Zucker

Sediment

b) Blutuntersuchungen:

Falls aus den letzten 12 Monaten keine Laborbefunde vorliegen, bitten wir um folgende Laborwerte:

- Kleines Blutbild (Erythrozyten, Hämatokrit, Hämoglobin, MCV, Leukozyten).
- PTT, - Cholesterin, - HDL-Cholesterin,
- LDL-Cholesterin, - Triglyceride, - Harnsäure,
- Kreatinin, - Alkalische Phosphatase, - Gamma-GT,
- GOT, - GPT, - HbA1 oder HbA1c, - CRP,
- Blutsenkung, - Glucose

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes