

Ärztlicher Untersuchungsbericht

zur Vorlage bei der UKV
66099 Saarbrücken

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 Herzgegend, Herzfehler, Rhythmusstörungen, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen oder Infarkt des Herzens, Gehirns oder der Extremitäten, Embolie)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche und weshalb? <input type="text"/> Wann? <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/> Wie lange? <input type="text"/> Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift) <input type="text"/>
b) der Atmungsorgane (z. B. Tuberkulose, häufige oder chronische Bronchitis, Asthma, Emphysem, blutiger Auswurf, Lungen- oder Brustfellentzündung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche und weshalb? <input type="text"/> Wann? <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/> Wie lange? <input type="text"/> Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift) <input type="text"/>
c) der Verdauungsorgane (z. B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, erhöhte Leberwerte, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, chronische Darmentzündung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche und weshalb? <input type="text"/> Wann? <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/> Wie lange? <input type="text"/> Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift) <input type="text"/>
d) der Harn- oder Geschlechtsorgane (z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche und weshalb? <input type="text"/> Wann? <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/> Wie lange? <input type="text"/> Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift) <input type="text"/>
e) der Milz, des Blutes (z. B. Leukämie, Anämie)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche und weshalb? <input type="text"/> Wann? <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/> Wie lange? <input type="text"/> Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift) <input type="text"/>
f) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhung, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche und weshalb? <input type="text"/> Wann? <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/> Wie lange? <input type="text"/> Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift) <input type="text"/>
g) des Nervensystems (z. B. Epilepsie, Krämpfe, Multiple Sklerose, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche und weshalb? <input type="text"/> Wann? <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/> Wie lange? <input type="text"/> Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift) <input type="text"/>

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