

Ärztlicher Untersuchungsbericht

Der Untersuchungsbericht darf nicht durch Ehegatten, Eltern oder Kinder der zu versichernden Personen erstellt werden. Wir empfehlen, die Untersuchung von einem Arzt durchführen zu lassen, der die zu untersuchenden Personen und deren Krankengeschichte kennt (Hausarzt bzw. behandelnder Arzt). Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller

 Name, Vorname

 Geburtsdatum

 Anschrift

 Versicherungsnummer

 Beruf / derzeitige Tätigkeit

Für Personen ab 16 Jahren

Patient ist bekannt seit: _____

I. Angaben aus Ihren ärztlichen Aufzeichnungen

<p>1. Erkrankungen, Beschwerden, Unfallverletzungen?</p>	<p>welche / wann? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ärzte / Krankenhäuser usw.: _____</p> <p>_____</p>
<p>1.1. Liegen Anzeichen für Immunschwäche, Alkohol-, Drogen-, Medikamentenmissbrauch vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p> <p>_____</p>
<p>1.2. Liegen familiäre gesundheitliche Vorbelastungen vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p> <p>_____</p>
<p>1.3. Sind Medikamenteneinnahmen bzw. Verordnungen bekannt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche Dosierung, wie lange?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>von wem verordnet?</p>
<p>2. Sind Laboruntersuchungen durchgeführt worden, die pathologische Befunde ergaben?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____</p> <p>welche Befunde? _____</p> <p>_____</p>

2.1. Wurde eine HIV-Infektion (Aids) festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____
2.2. Besteht Verdacht auf Stoffwechsel- oder Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann? _____ welcher Befund? _____
3. Sind sonstige Untersuchungen durchgeführt worden, die pathologische Befunde ergaben? (z. B. EKG, Sonografie, Röntgen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ welche Befunde? _____ Diagnosen: _____
4. Wurden Behandlungen, Operationen, Kuren, sonstige Therapien (Massagen, Bestrahlungen, etc.) durchgeführt? Sind solche geplant bzw. angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ welche? _____ wegen? _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ welche? _____ wegen? _____
5. Namen / Anschriften der vor- / mitbehandelnden Ärzte: Wegen welcher Erkrankungen?	_____ _____ _____

II. Befunde aufgrund Ihrer heutigen Untersuchung	
6. Körpergröße und Gewicht	Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg
7. Halten Sie Herz und Kreislauf für gesund? Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, welcher Befund? _____ _____ systolisch: diastolisch: Puls Schläge / min: _____
8. Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, welcher Befund? _____
9. Halten Sie die Bauchorgane einschl. Harn- und Geschlechtsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, welcher Befund? _____
10. Halten Sie den Bewegungsapparat und die Gelenke für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, welcher Befund? _____
11. Halten Sie das Nervensystem für gesund und ist das psychische Verhalten unauffällig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, welcher Befund? _____
12. Liegen sonstige krankhafte Abweichungen / Veränderungen / Anomalien vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche? _____

13. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in welchem Monat? _____ bisheriger Verlauf: _____																																																				
14. Halten Sie Zähne und Kiefer für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, fehlende (f), ersetzte (e), überkronte (k), cariöse (c) Zähne angeben: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="12" style="border: none;">Oberkiefer rechts</td> <td colspan="8" style="border: none;">Oberkiefer links</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">18</td><td style="border: 1px solid black;">17</td><td style="border: 1px solid black;">16</td><td style="border: 1px solid black;">15</td><td style="border: 1px solid black;">14</td><td style="border: 1px solid black;">13</td><td style="border: 1px solid black;">12</td><td style="border: 1px solid black;">11</td><td style="border: 1px solid black;">21</td><td style="border: 1px solid black;">22</td><td style="border: 1px solid black;">23</td><td style="border: 1px solid black;">24</td><td style="border: 1px solid black;">25</td><td style="border: 1px solid black;">26</td><td style="border: 1px solid black;">27</td><td style="border: 1px solid black;">28</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">48</td><td style="border: 1px solid black;">47</td><td style="border: 1px solid black;">46</td><td style="border: 1px solid black;">45</td><td style="border: 1px solid black;">44</td><td style="border: 1px solid black;">43</td><td style="border: 1px solid black;">42</td><td style="border: 1px solid black;">41</td><td style="border: 1px solid black;">31</td><td style="border: 1px solid black;">32</td><td style="border: 1px solid black;">33</td><td style="border: 1px solid black;">34</td><td style="border: 1px solid black;">35</td><td style="border: 1px solid black;">36</td><td style="border: 1px solid black;">37</td><td style="border: 1px solid black;">38</td> </tr> </table>	Oberkiefer rechts												Oberkiefer links								18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Oberkiefer rechts												Oberkiefer links																																									
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																						
14.1. Kieferanomalie / Zahnfehlstellungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welcher Befund? _____																																																				
14.2. Halten Sie das Parodontium für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, welcher Befund? _____																																																				

Für Personen unter 16 Jahren

1. Sind Untersuchungen durchgeführt worden, die pathologische Befunde ergaben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ welche Befunde? _____
2. Wurden Behandlungen, Operationen oder sonstige Therapien durchgeführt? Sind solche geplant bzw. angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ welche? _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ welche? _____
3. Halten Sie das Kind für gesund und ist es frei von Missbildungen (auch Kieferanomalien und Zahnfehlstellungen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, welche Befunde? _____ _____ _____
4. Anschrift der behandelnden Ärzte und / oder Zahnärzte	_____ _____ _____

Ort, Datum der Untersuchung

Stempel und Unterschrift des Arztes