



# Untersuchungsbefund

## Allgemeine Angaben

Größe in cm      Gewicht in kg      Bauchumfang in cm (in Nabelhöhe)

## Herzauskultation und Blutdruckmessung

**Auskultation der Herztöne: Pathologische Herzgeräusche?** ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte kurze Beschreibung:

## Blutdruck und Pulsfrequenz

Werden die Werte unter Einnahme blutdrucksenkender Medikamente gemessen? ☐ Ja ☐ Nein

Ggf. welche?

Seit wann?

Dosierung?

Bei Erhöhung von Puls oder Blutdruck bitte zweite Messung am Ende der Untersuchung

	Pulsschläge je Minute	Davon Extraschläge je Min.	Blutdruck in mm Hg/systol.	Blutdruck in mm Hg/diastol.
1. Messung				
Ggf. 2. Messung				

## Auffällige Beobachtungen an der untersuchten Person

- **Auffälligkeiten der Sprache oder des Gedächtnisses**  
(z. B. Heiserkeit ohne Infekt, verwaschene Sprache, Wortfindungsstörungen, Merkstörungen)? ☐ Ja ☐ Nein
- **Auffälligkeiten der Sinnesorgane**  
(z. B. Schwerhörigkeit, Schielen, schlechtes Sehvermögen, asymmetrische Pupillen, Exophtalmus)? ☐ Ja ☐ Nein
- **Auffälligkeiten der Mimik, Haltung und Bewegung**  
(z. B. Lähmungen, Zittern, Gangauffälligkeiten, Gehhilfe, Deformierung der Wirbelsäule, fehlende Gliedmaßen(-teile))? ☐ Ja ☐ Nein
- **Auffälligkeiten des Verhaltens?**  
(z. B. Tics, unangemessene Reaktionen, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit) ☐ Ja ☐ Nein
- **Sonstige Auffälligkeiten?**  
(z. B. ausgedehnte Narben, Ikterus, Hauterkrankung, sichtbare Verletzungen, Verbände oder Einstichstellen) ☐ Ja ☐ Nein

## Medizinische Diagnosen, Behandlungen und Beschwerden

Gab es in den letzten drei Jahren Erkrankungen oder Beschwerden, aufgrund derer eine ärztliche, heilpraktische oder therapeutische Behandlung oder Beratung erforderlich war, oder bei denen eine Abklärung geplant ist?

Falls ja, wann? Wie oft? Wie lange? Beschwerdefrei? Bitte behandelnde Ärzte (Name/Anschrift) angeben.

- **Erkrankungen des Bewegungsapparates**  
(z. B. Rückenschmerzen, Gelenkschäden, Unfallfolgen)? ☐ Ja ☐ Nein

- **Psychische Erkrankungen oder Störungen der Psyche**  
(z. B. Burn-out, Depressionen, Angststörungen, berufliche und/oder private Belastungssituationen)? ☐ Ja ☐ Nein

- **Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems**  
(z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Thrombosen)? ☐ Ja ☐ Nein

- **Erkrankungen oder Fehlfunktionen des Immunsystems**  
(z. B. Rheuma, Multiple Sklerose, chronisch entzündliche Darmerkrankungen)? ☐ Ja ☐ Nein

- **Erkrankungen des Stoffwechsels**  
(z. B. Diabetes, erhöhte Cholesterin- oder Triglyceridwerte, Schilddrüsenerkrankungen)? ☐ Ja ☐ Nein

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Erkrankungen der Verdauungsorgane</b> (z. B. Lebervergrößerung, Bauchspeicheldrüsenentzündung)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<hr/>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Erkrankungen der Nieren</b> (z. B. Niereninsuffizienz, Zystennieren, Lupus erythematodes)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<hr/>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tumorerkrankungen</b> (z. B. Krebs, Leukämie, nicht sicher gutartige Hautbefunde)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<hr/>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Neurologische Erkrankungen</b> (z. B. Schlaganfall, Epilepsie, Migräne)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<hr/>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Allergien, Haut- oder Atemwegserkrankungen</b> (z. B. Asthma bronchiale, Ekzem, Schlafapnoe)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<hr/>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Infektionen</b> (z. B. Hepatitis, HIV)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<hr/>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beeinträchtigungen der Sinnesorgane</b> (z. B. dauerhafte Hörminderung, Tinnitus, Fehlsichtigkeit von mehr als – 8 Dioptrien)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	ggf. Dioptrien	Rechts _____ Links _____
<hr/>			

Harn- und Geschlechtsorgane	Urinstix	pH	Leukos	Nitrit	Protein	Glukose	Keton	Urobilinogen	Bilirubin	Erythrozyten
Anmerkungen										
Sedimentbefund										

**Blutunter-  
suchungen**      **Blutsenkungsgeschwindigkeit**  
(BSG)       /  mm n. W. vom

Bitte führen Sie **folgende Blutuntersuchungen** durch und **reichen Sie uns die Laborausdrucke mit ein:**

- **Blutbild einschließlich Differentialblutbild**
- Serumwerte **CRP, Blutzucker (nüchtern), Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyzeride, Harnsäure, Kreatinin, GOT (ASAT), GPT (ALAT), Gamma GT, AP, NT-proBNP**
- Ferner einen **HIV-Test**.

Für die Untersuchung, Laboruntersuchung vergütet die Gothaer **180 EUR** (inklusive gesetzliche Umsatzsteuer).  
Bei fehlenden Einzelleistungen wird der Betrag entsprechend reduziert. Das **Honorar ist zu überweisen** an folgende **Bankverbindung:**

IBAN	BIC
Kontoinhaber	Geldinstitut (Name und Ort)

<b>Abschluss- erklärung, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes</b>	Die untersuchte Person wurde über die Ergebnisse der Untersuchung unterrichtet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Die Gothaer Lebensversicherung AG darf die Ergebnisse an die untersuchte Person weiterleiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Ort und Datum der Untersuchung	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes