

Stempel der FD

--	--	--

FD

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vers.-Nr.

Untersuchungsbericht zum Antrag auf Abschluß einer Krankenversicherung

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Anschrift: _____ Beruf: _____

I. Vorgeschichte

Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen (einschließlich Kontrolluntersuchungen und Arzneimittelbehandlungen) durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Behandler durchgeführt bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten? Von wann bis wann erfolgte die Behandlung?

Bestehen noch Krankheiten (auch chronische) oder Beschwerden, Anomalien, Infektionen (z.B. HIV, Hepatitis C) oder psychische Störungen?

Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte (z. B. Krankenhaus, Reha- oder Kurklinik) stattgefunden oder wurden solche angeraten bzw. beantragt? Von wann bis wann erfolgte die Behandlung?

Welche Erkrankungen oder Unfallfolgen sind noch behandlungsbedürftig, und wie lange wird die Behandlung voraussichtlich noch dauern?

Welche Folgen bestehen noch?

Welche Medikamente (Dosis?) bzw. Heilmaßnahmen sind noch notwendig?

Wegen welcher Erkrankungen oder Unfallfolgen ist mit einem stationären Aufenthalt, einer Operation, Arbeitsunfähigkeit, Kur zu rechnen?

II. Jetziger Befund

A. Subjektive Beschwerden: _____

B. Spezieller objektiver Befund:

1. Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg

2. Kopf: _____

3. Hals: _____

4. Rachenorgane: _____

5. Brustkorb und Lungen: _____

6. Herz und Kreislauf,
RR in Ruhe: syst. _____ / diast. _____; Puls in Ruhe: _____, nach 10 Kniebeugen: _____ nach 2 Minuten: _____

7. Abdomen: Krankhafte Resistenzen? _____
 Leber, Galle: _____
 Magen: _____
 Milz: _____
 Bruchpforten: _____
8. Harnorgane: _____
 Nieren: _____
 Urin: _____
 (Eiweiß – Zucker – Gallenfarbstoff)
9. Geschlechtsorgane: _____
10. Stoffwechselkrankheiten: _____
11. Haemorrhoiden: _____
 Analfisteln: _____
12. Krampfadern: _____
13. Skelettsystem und Bewegungsapparat: _____
 Wirbelsäule: _____
 Extremitäten: _____
 Gelenke: _____
14. Nervensystem: (Reflexe, Sensibilität, Motorik) _____
15. Sinnesorgane: _____
16. Hauterkrankungen: _____
17. Psychiatrische Krankheiten: _____

Zusatzfragen bei Frauen

18. Brust- oder Unterleibserkrankungen: _____

19. Besteht Schwangerschaft? _____ Woche: _____

- C.** 1. Seit wann kennen Sie den Patienten? _____
 2. Wer ist der Hausarzt? _____
 3. Bei welchen Ärzten fanden bzw. finden sonst noch Behandlungen statt? _____

 4. Wann und wegen welcher Diagnosen? _____

- D.** 1. Gesamteindruck und Beurteilung _____

Evtl. Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller

_____, den _____ Stempel und Unterschrift des untersuchenden Arztes