

Ärztliche Untersuchung

Die Kosten trägt die zu untersuchende Person oder deren gesetzlicher Vertreter.

Name des Kunden:

Versicherungsnummer:

Antrag/Anmeldung bzw. Angebotsanforderung vom:

Personalien der zu untersuchenden Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Ort:

Ausgewiesen durch einen gültigen amtlichen Ausweis:

BPA-Nr.:

Reisepass-Nr.:

Ausstellende Behörde, Ort, Datum:

Bitte nicht befragen/untersuchen, falls verwandt oder verschwägert!

Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und von der zu untersuchenden Person oder deren gesetzlichem Vertreter zu beantworten.

**Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!
Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen,
unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.**

Hinweis für den Arzt:

Es ist möglich, den Untersuchungsbefund an die HALLESCHE Krankenversicherung direkt zu senden.

Das Formular wurde der zu untersuchenden Person ausgehändigt von:
(Bitte angeben: SC/VD/Vermittler-Nr./Stempel des Vermittlers)

HALLESCHE
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit

Datum:

Untersuchungsbefund

Der Befund darf nicht durch Ehegatten, Eltern oder Kinder der zu untersuchenden Person erstellt werden.

Ist Ihnen die zu untersuchende Person als Patient bekannt? ja nein Tag der Untersuchung: Körpergröße/Gewicht:

Nikotin (Menge): Alkohol (Menge): Medikamente (welche):

Werden Beschwerden geäußert? Wenn ja, welche?

Liegen Erkrankungen vor, z.B.

1. des Bewegungsapparates: Wirbelsäule: Druck/Klopfschmerz: Sonstiges:
Gelenke: Extremitäten:
Muskulatur: Beschwerden:

2. der Haut und der Schleimhäute:

Welche Körperteile sind betroffen? Schleimhäute:

3. des Kopfes und der Sinnesorgane und/oder des HNO-Bereichs:

4. der Nerven und der Psyche: Reflexe:
MER: psychische/neurologische Auffälligkeiten:

5. des Hormonsystems und der Schilddrüse: Vergrößerung? Funktionslage (soweit bekannt)? Therapie erforderlich?

6. des Herzens und der Blutgefäße: Rhythmus: **In Ruhe** **Nach Belastung** Arterielle DBS?
Geräusche: Puls: Puls: nein ja
Töne: RR: RR: wo?

Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen (Atemnot, Cyanose, Ödeme)?

7. der Thoraxorgane: Lunge – KS: AG: RGs:
Mammae: Sonstiges:

8. des Abdomens: Druckschmerz? Bruchpforten:
Leber: NL: Milz:

9. der Geschlechtsorgane: Äußere: Prostata:
Urogenitalsystem:

10. Aktuelle Laboruntersuchung (mit Angabe des Referenzbereiches)

Labor (nüchtern): AST (SGOT): ALT (SGPT): Gamma GT: Sofern ein HIV-Test durchgeführt wurde:
Wurde eine HIV-Infektion nachgewiesen?
Kreatinin: Harnsäure: Blutzucker: Gesamtcholesterin: nein ja
HDL-Cholesterin: LDL-Cholesterin: Triglyzeride:
Kleines BB: BSG: CRP:
Urin (Teststreifen): Eiweiß: Zucker: Blut:
Liegen pathologische Werte vor? nein ja
Wenn ja, Ursache: Therapie: Prognose:

11. Bestehen Allergien? nein ja Wie zeigen sie sich? Allergietestbefunde:

12. Bestehen Hämorrhoiden, Fisteln, Krampfadern, Besenreiservarizen oder Beingeschwüre?

13.a Haben wegen der hier erhobenen Befunde bereits Behandlungen stattgefunden?

Wenn ja, welche, wann, wie oft?

13.b Halten Sie weitere Untersuchungen oder Behandlungen für erforderlich? nein ja
Wenn ja, wegen: Therapie:

13.c Welche Befunde haben Sie dem Patienten mitgeteilt?

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes