

## Ärztlicher Untersuchungsbericht zur Prüfung von Krankenversicherungstarifen

Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller bzw. Interessent.

Zu- und Vorname des Antragstellers/ Interessenten: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Zu- und Vorname der zu untersuchenden Person: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ **Angebotsanforderung /**  
**Antrag vom:** \_\_\_\_\_ **Vers.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**KD.-Nr.:** \_\_\_\_\_

Größe:  cm Gewicht:  kg

### 1. Ergaben sich unauffällige bzw. Normalbefunde bei der Untersuchung

	ja	nein	Was wurde festgestellt ?
a) des Allgemeinzustandes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b) von Skelett und Bewegungsapparat/Gelenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
c) von Haut und Schleimhäuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
d) des Lymphgefäßsystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
e) des Venensystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
f) der Sinnesorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
g) des Nervensystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
h) des Hormonsystems, insbesondere der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
i) von Mundhöhle sowie Nasen-Rachenraum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
j) von Herz (Herztöne, Herzaktion) und Kreislauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
k) der Atmungsorgane und des Brustkorbs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Befund der Lunge:			<input type="text"/> <input type="text"/> perkutorisch auskultatorisch
l) des Abdomens? (Bauchdecke, Magen, Leber und Galle, Milz, Nierenlager)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
m) der Harn- und Geschlechtsorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Befund der Harnuntersuchung (frisch gelassen):			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Eiweiß Zucker Sedimente
n) des Afters?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

2. Blutdruck und Pulsfrequenz: in Ruhe Puls \_\_\_\_\_ / min RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 nach Belastung Puls \_\_\_\_\_ / min RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ja    nein    Was wurde festgestellt?

3. Sind Stimmung und Verhalten unauffällig?
4. Fehlen Hinweise auf psychische Veränderungen und/oder Erkrankungen?
5. Bei weiblichen Personen: Besteht eine Schwangerschaft? ggf. welcher Monat
6. Liegen Erkrankungen vor, nach denen nicht gefragt wurde?
7. Sind weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen erforderlich bzw. eingeleitet?

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte:

---

---

8. Seit wann ist Ihnen die zu untersuchende Person bekannt?

---

9. Wegen welcher Erkrankungen/Beschwerden und wann haben Sie die zu untersuchende Person in den letzten 3 Jahren behandelt?

---

---

---

10. Für welche anderen Stellen haben Sie Berichte, Gutachten, Stellungnahmen etc. ausgestellt?

---

11. Bemerkungen:

---

---

---

**Bitte fügen Sie alle sich aus den folgenden Laboruntersuchungen ergebenden Befunde im Original bei:**

- vollständiges Blutbild
- Blutkörperchengeschwindigkeit
- HbA1c-Wert
- Kreatinin
- Harnsäure
- Gesamtcholesterin
- Triglyceride
- Gamma-GT
- Hepatitisserologie
- GPT
- CHE oder Quickwert

---

**Datum der Untersuchung, Stempel und Unterschrift des Arztes**