

## 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?  nein  ja, welche?

## Befunde der ärztlichen Untersuchung

- |       |   |                               |                                      |
|-------|---|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1.    | Liegen Erkrankungen der Wirbelsäule vor?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen Erkrankungen der Gelenke vor?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen Erkrankungen der Muskulatur vor?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen Erkrankungen der Extremitäten vor?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen Befunde des Bewegungsapparates vor?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Werden Beschwerden des Bewegungsapparates geäußert?                                 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| <hr/> |   |                               |                                      |
| 2.    | Liegen Erkrankungen der Haut oder Schleimhäute vor?                                 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| <hr/> |   |                               |                                      |
| 3.    | Liegen Erkrankungen des Kopfes, der Sinnesorgane oder des HNO-Bereiches vor?        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| <hr/> |   |                               |                                      |
| 4.    | Liegen Erkrankungen der Nerven und der Psyche vor?                                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen auffällige Reflexe vor?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen auffällige Muskeleigenreflexe vor?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen psychische oder neurologische Auffälligkeiten vor?                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| <hr/> |   |                               |                                      |
| 5.    | Liegen Erkrankungen des Hormonsystems vor?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen Erkrankungen der Schilddrüse vor?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegt eine Schilddrüsenvergrößerung vor?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegt eine Unter- oder Überfunktion der Schilddrüse vor?                            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Ist eine Schilddrüsenentherapie erforderlich?                                       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| <hr/> |   |                               |                                      |
| 6.    | Liegen Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße vor?                             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen Herzrhythmusstörungen vor?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen Herzgeräusche vor?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen abnorme Herztöne vor?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen arterielle DBS vor?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen (Atemnot, Cyanose, Ödeme)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Blutdruck in Ruhe:  | Blutdruck nach Belastung:     |                                      |
|       | Puls in Ruhe:   | Puls nach Belastung:          |                                      |
| <hr/> |   |                               |                                      |
| 7.    | Liegen Erkrankungen der Thoraxorgane vor?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen Befunde der Lunge vor?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen Befunde der Mammae vor?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen sonstige Erkrankungen der Thoraxorgane vor?                                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| <hr/> |   |                               |                                      |
| 8.    | Liegen Erkrankungen der Verdauungsorgane vor?                                       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen Befunde der Leber vor?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen Befunde der Milz vor?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|       | Liegen Befunde des Abdomens (z.B. Bruchpforten, Druckschmerz) vor?                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |

9.	Liegen Erkrankungen der Nieren sowie Harnorgane vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
	Liegen Erkrankungen der Geschlechtsorgane vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
	Liegen Befunde der Prostata vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
	Liegen Befunde der Nieren vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
10.	Aktuelle Laboruntersuchung (Bitte fügen Sie eine Kopie der Laboruntersuchungsergebnisse inklusive der Referenzbereiche bei.) Labor (nüchtern): AST (SGOT), ALT (SGPT), Gamma GT, Kreatinin, Harnsäure, Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyzeride, CRP, kleines BB <b>Für Kinder unter 8 Jahren müssen die Laborwerte nur angegeben werden, wenn sie aus früheren Untersuchungen bekannt sind.</b>  BSG:  Urin (Teststreifen): Eiweiß:  Liegen pathologische Werte vor?  Sofern ein HIV-Test durchgeführt wurde: Wurde eine HIV-Infektion nachgewiesen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ursache, Therapie und Prognose?
11.	Bestehen Allergien? Allergietestbefunde:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
12.	Bestehen Hämorrhoiden, Fisteln, Krampfadern, Besenreiservarizen oder Beingeschwüre?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
13.a	Haben wegen der hier erhobenen Befunde bereits Behandlungen stattgefunden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche, wann, wie oft?
13.b	Halten Sie weitere Untersuchungen oder Behandlungen für erforderlich?  Therapie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wegen?
13.c	Welche Befunde haben Sie dem Patienten mitgeteilt?		

Ort, Datum
------------

Stempel und Unterschrift des Arztes
-------------------------------------