

Stempel der FD

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

FD / Vers.-Nr.

## Untersuchungsbericht zum Antrag auf Abschluß einer Krankenversicherung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

### I. Vorgeschichte

Welche Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen sind in den letzten 3 Jahren aufgetreten bzw. bestehen noch?	
Wegen welcher Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen fand in den letzten 10 Jahren stationäre Krankenhausbehandlung statt?	
Von wann bis wann erfolgte die ambulante und/oder stationäre 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 stat. Aufenthalt, einer Operation, Arbeitsunfähigkeit, Kur zu rechnen?	
Wie ist die Prognose im Hinblick auf weitere Behandlung?	
Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test)?	

### 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. Zustand des Gebisses: \_\_\_\_\_

D. 1. Liegt eine Wehrdienstbeschädigung oder eine Erwerbsminderung bzw. sonstige Behinderung vor? (Bitte ankreuzen)

WDB     MdE     GdB    Wenn ja, genaue Diagnose und %-Satz: \_\_\_\_\_

2. Welche Behandlungen bzw. Heilmaßnahmen sind notwendig? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E. 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? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F. 1. Gesamteindruck und Beurteilung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Evtl. Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des untersuchenden Arztes