

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

ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

HINWEISE:

Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller.

AN DEN AUSKUNFT-ERTEILENDEN ARZT:

Bitte schicken Sie den Vordruck ausgefüllt an:

Barmenia
Krankenversicherung AG
Abteilung Vertrag
Hauptverwaltung
42094 Wuppertal

A. PERSONALIEN DER ZU UNTERSUCHENDEN PERSON

Name und Vorname _____ geb. am _____
 Anschrift _____
 Beruf _____ Patient bei mir seit: _____

B. VORGESCHICHTE

1. Bestanden in den letzten drei Jahren Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche/organische/geistige Fehler, chronische Leiden, Beschwerden? ja nein
 Welche und wann? _____

 Bei wem in Behandlung? _____
 Name/Anschrift: _____

2. Wann hat die letzte Blutuntersuchung stattgefunden? _____
 Sind auffällige Blutwerte festgestellt worden?
 ja Welche? _____ nein

3. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt? ja nein

4. Erfolgte in den letzten fünf Jahren stationäre Behandlung? ja nein
 Weshalb und wann? _____

C. BEFUND

Bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr braucht nur der letzte Absatz beantwortet zu werden (siehe Rückseite).

1. Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____
 2. Haut: _____
 3. Gefäße:
 Venen (Varizen (Grad), Beingeschwüre?): _____
 Arterien (Durchblutungsstörungen?): _____
 4. Kopf
 Augen: _____
 Ohren: _____
 Nase: _____
 Mundhöhle (Mandeln, Zunge): _____
 5. Hals
 Drüenschwellungen oder Narben?
 ja Welche? _____ nein
 Vergrößerung der Schilddrüse? ja nein
 Grad? _____
 6. Herz
 Herztöne: _____
 Herzaktion: _____
 Bestehen Herz-Insuffizienz-Zeichen? _____

 Blutdruck: _____ Puls: _____

7. Zähne
 Halten Sie die Zähne für gesund bzw. saniert?
 ja nein _____
 Fehlende, ersetzte, überkronte, sanierungsbedürftige Zähne
 f = fehlende Zähne
 e = ersetzte Zähne
 k = vorhandene Kronen
 s = sanierungsbedürftige Zähne
)(= Lückenschluss

oben rechts								oben links							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
unten rechts								unten links							

Besteht eine Zahnfleischerkrankung? ja nein
 Halten Sie Zahnersatz für notwendig? ja nein
 Halten Sie kieferorthopädische Behandlung für notwendig? ja nein
 Name/Anschrift des behandelnden Zahnarztes/Kieferorthopäden:

8. Lunge
Ergebnis der Perkussion und Auskultation: _____

Besteht eine Lungenkrankheit?
 ja Welche? _____ nein

9. Abdomen
Narben (auch Operations-N.), Brüche? ja nein

Magen: _____

Leber und Galle: _____

Milz: _____

Nierenlager: _____

10. Harn- und Geschlechtsorgane

Urin, Eiweiß oder Zucker _____

(Bei Diabetes Angaben über Blutzucker und derzeitige Therapie)

Erkrankung oder Fehlbildung der Harn- und Geschlechtsorgane?

ja Welche? _____ nein

Besteht/bestand eine Sterilität/Infertilität? ja nein

Bei Frauen:

Erkrankung der Brustorgane? ja nein

Erkrankung der Unterleibsorgane? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

In welcher Woche? _____

11. After
Hämorrhoiden? ja nein
Grad? _____

Fisteln? ja nein

12. Wirbelsäule
Verkrümmungen? ja nein

Grad (Cobb-Winkel)? _____

sonstige Wirbelsäulenerkrankungen?

ja Welche? _____ nein

13. Knochen, Gelenke, Muskulatur

Deformitäten?

ja Welche? _____ nein

Gelenk-/Muskelkrankungen?

ja Welche? _____ nein

14. Nervensystem und Psyche

Reflexe: _____

Sensibilität: _____

Motorik: _____

Psychische Erkrankungen bzw. Beschwerden, Erkrankungen des ZNS?

ja Welche? _____ nein

D. ANSTEHENDE BEHANDLUNGEN

1. Ist mit ambulanter oder stationärer Behandlung zu rechnen? ja nein

Wann? _____ Weshalb? _____

2. Ist mit medikamentöser Behandlung zu rechnen?

ja Welche? _____ nein

Dosis: _____

E. GESAMTEINDRUCK und BEURTEILUNG

F. FÜR KINDER BIS ZUM VOLLENDETEN 14. LEBENSJAHR

Ist das Kind körperlich und psychisch gesund? ja nein

Wenn nein, welche Befunde? _____

Halten Sie kieferorthopädische Behandlung

auf Sicht für notwendig? ja nein

Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____

Gesamteindruck und Beurteilung

Stempel und Unterschrift des Arztes, Datum