

Ärztlicher Untersuchungsbericht

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Der Untersuchungsbericht dokumentiert die erfolgte ärztliche Untersuchung in den letzten 6 Wochen und darf nicht durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder der zu untersuchenden Person erstellt werden. Die Kosten der Untersuchung und Berichterstellung trägt der Antragsteller.

Name/Vorname	_____	Antragsdatum	_____
Geburtsdatum	_____	Vermittlernummer	_____
Ausgeübter Beruf	_____	Vermittlername	_____
Straße, Hausnummer	_____		
PLZ, Ort	_____		

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu.
Wir möchten Sie jedoch bitten, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen der Patientin/ des Patienten anzuzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethode Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Bitte senden Sie uns keine Informationen, die älter als 10 Jahre sind.

Bitte die Fragen des ärztlichen Untersuchungsberichts vollständig ausfüllen. Bei "ja" bitte nähere Angaben.

1. Allgemeinmedizinisch-internistisch

1.1 Bestehen oder bestanden Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?
Wenn ja, bitte Diagnose und Behandlungszeitraum angeben.

a) Atmungsorgane (z. B. Asthma, Bronchitis, hyperreagibles Bronchialsystem, Luftnot) nein ja

b) Haut (z. B. Akne, Hautpilz, Neurodermitis) nein ja

c) HNO-Bereich (z. B. Allergien, Sinusitis, Tonsillitis) nein ja

d) Abdominalorgane (z. B. Gastritis, Leberkrankheiten) nein ja

e) Harn- und Geschlechtsorgane (z. B. Nieren-Krankheiten, Zystitis) nein ja

f) Psyche (z. B. Schlafstörung, Depression, Leistungsdruck) nein ja

g) Nervensystem (z. B. Neuralgien, Parästhesien) nein ja

h) Sonstiges nein ja

1.2 Kardiovaskuläre Befunde

Blutdruck _____ | _____ Puls _____

Bitte legen Sie die Untersuchungsberichte der letzten kardiologischen Untersuchung bei. In jedem Fall benötigen wir ein Ruhe-/Belastungs-EKG und eine Echokardiographie.

1.3 Liegen Beschwerden vor, die Sie in Fragen 1.1 bis 1.2 nicht angeben konnten? nein ja

1.4 Laborwerte

(Bitte fügen Sie diesem ärztlichen Untersuchungsbericht den Befund - nicht älter als 6 Wochen - und die Einzelwerte eines großen Blutbildes bei, wenn der Antragsteller zuletzt nicht oder in einem Krankenversicherungssystem außerhalb der EU/ EWR (inkl. Schweiz) versichert war.)

Name/Vorname _____

2. Orthopädisch-chirurgisch

2.1 Bestehen oder bestanden Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?
Wenn Sie etwas ankreuzen, bitte Befund und eventuell bereits durchgeführte Behandlung angeben.

a) Schulter/Ellenbogengelenk/Handgelenk nein ja

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bursitis | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Gelenkerguss | <input type="checkbox"/> Luxation/Subluxation |
| <input type="checkbox"/> Impingement-Syndrom | <input type="checkbox"/> Tendinosen/Tendinitis |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

b) Wirbelsäule nein ja

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beinlängenverkürzung/Beckenschiefstand | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Blockierung | <input type="checkbox"/> Skoliose/Kyphose/Lordose |
| <input type="checkbox"/> Haltungsschwäche | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

c) Hüften/Leistenregion nein ja

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Druck-/Bewegungsschmerz | <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie |
| <input type="checkbox"/> Leistenprobleme (z. B. Hernie, "weiche Leiste") | <input type="checkbox"/> Tendinosen/Tendinitis
(z. B. "Schambeinentzündung") |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

d) Kniegelenk

nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bakerzyste | <input type="checkbox"/> Knorpelschaden |
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | <input type="checkbox"/> Kniegelenkerguss |
| <input type="checkbox"/> Bursitis | <input type="checkbox"/> Meniskusschaden |
| <input type="checkbox"/> Knieschmerzen | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Patellaerkrankung (z. B. Luxation/Subluxation) | <input type="checkbox"/> Verletzung des Kapsel-Bandapparats (z. B. Kreuzband, Außen-/Innenband-/Kapselruptur, Zerrung) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

e) Oberes/unteres Sprunggelenk

nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | <input type="checkbox"/> Knorpelschaden |
| <input type="checkbox"/> Gelenkerguss | <input type="checkbox"/> Sprunggelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Verletzung des Kapsel-Bandapparats (z. B. Ruptur, Zerrung) | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

f) Fuß einschließlich Achillessehne und Plantarfaszie, Zehen

nein ja

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Achillessehnenbeschwerden (z. B. Schwellung, Riss, Schmerzen) | <input type="checkbox"/> Fußdeformität (ggf. verordnete Einlagen?) |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden der Zehengelenke | <input type="checkbox"/> Haut-/Nagelmykose |
| <input type="checkbox"/> Bursitis | <input type="checkbox"/> Tendinosen/Tendinitis |
| <input type="checkbox"/> Druckschmerz (z. B. Tarsalgie) | <input type="checkbox"/> Exostose |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

g) Muskelstatus

nein ja

Adduktorenbeschwerden

Muskuläre Verkürzung

Muskelfaserriss

Muskuläre Dysbalance

Muskelverhärtung/Muskelkrampf

Muskelzerrung

Sonstiges

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

2.2 Sind Ihnen weitere Erkrankungen/Beschwerden bekannt, die nicht in Frage 2.1 a-g angegeben wurden?

nein ja

2.3 Besteht oder bestand eine Fraktur? Bitte die genaue(n) Lokalisation(en) angeben.

nein ja

2.4 Sind aktuell diagnostische oder therapeutische Maßnahmen (z. B. Einlagen, manuelle Therapie) notwendig?

nein ja

Datum und Unterschrift/Stempel Arzt