

Ärztlicher Bericht

Alte Oldenburger
Postfach 1363

49362 Vechta

Vorname, Name

Geb.-Datum

Anschrift

I. Erklärung und Befragung Ihres Patienten zu Vorerkrankungen

1. Bestehen oder bestanden Krankheiten oder Störungen

a) des Herzens oder des Kreislaufs (z.B. Herzfehler, Bluthochdruck, Krampfadern, Durchblutungsstö- rungen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diagnose	Behandlung von - bis
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses			
b) der Atmungsorgane (z.B. Asthma, chron. Bronchitis)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diagnose	Behandlung von - bis
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses			
c) der Verdauungsorgane (z.B. Erkrankungen des Magens, Darms, der Leber, Galle, Bauch- speicheldrüse)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diagnose	Behandlung von - bis
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses			
d) der Nieren und der Harnorgane?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diagnose	Behandlung von - bis
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses			
e) der Geschlechtsorgane, auch Fertilitätsstörungen/ Potenzstö- rungen bzw. bei Frauen Sterilität?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diagnose	Behandlung von - bis
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses			
f) des Gehirns, der Nerven oder Geistes- und Gemütsstörungen (z.B. Depressionen, Anfallsleiden, Lähmungen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diagnose	Behandlung von - bis
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses			
g) der Drüsen, der Milz, des Blutes, des Stoffwechsels (z.B. Gicht, Schilddrüsenerkrankung, Diabetes)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diagnose	Behandlung von - bis
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses			
h) der Haut?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diagnose	Behandlung von - bis
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses			
i) des Bewegungsapparates (z.B. der Wirbelsäule, Bandscheiben, Bewegungseinschränkungen, Amputationen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diagnose	Behandlung von - bis
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses			
j) der Sinnesorgane (z.B. Sehstörungen, Schwerhörigkeit)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diagnose	Behandlung von - bis
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses			

Vorname, Name

Geb.-Datum

--	--

Anschrift

--

2. Bestehen oder bestanden

<p>a) Krebs oder andere Geschwulstkrankheiten ? (Angabe der Therapie)</p>	<input type="checkbox"/> nein Diagnose <input type="checkbox"/> ja	<p>Behandlung von - bis</p>
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses		
<p>b) akute oder chronische Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, AIDS) ?</p>	<input type="checkbox"/> nein Diagnose <input type="checkbox"/> ja	<p>Behandlung von - bis</p>
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses		
<p>c) Folgen früherer Krankheiten oder Verletzungen ?</p>	<input type="checkbox"/> nein Diagnose <input type="checkbox"/> ja	<p>Behandlung von - bis</p>
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses		
<p>d) sonstige Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder körperliche Fehler, nach denen vorstehend nicht ausdrücklich gefragt wurde?</p>	<input type="checkbox"/> nein Diagnose <input type="checkbox"/> ja	<p>Behandlung von - bis</p>
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses		
<p>3. Haben Sie Operationen durchgeführt?</p>	<input type="checkbox"/> nein Diagnose <input type="checkbox"/> ja	<p>Behandlung von - bis</p>
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses		
<p>4. Erfolgt psychotherapeutische, psychosomatische Behandlungen oder Sucht- bzw. Entwöhnungsbehandlungen ?</p>	<input type="checkbox"/> nein Diagnose <input type="checkbox"/> ja	<p>Behandlung von - bis</p>
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses		
<p>5. Wurden Tests bezogen auf z.B. AIDS, Hepatitis, Allergien, Diabetes, Rheuma durchgeführt ?</p>	<input type="checkbox"/> nein Diagnose <input type="checkbox"/> ja	<p>Behandlung von - bis</p>
Name/ Anschrift des behandelnden Arztes/ des Krankenhauses		

<p>Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die obigen Fragen, die mir vom Arzt einzeln vorgelesen wurden, persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet habe.</p>	<p>Anamnese erhoben: (Stempel/ Unterschrift des Arztes)</p>
<p>Ort, Datum</p>	
<p>Unterschrift</p>	

Ärztlicher Bericht

Vorname, Name	Geb.-Datum
---------------	------------

Anschrift

II. Untersuchungsbefund

1. a) Seit wann ist Ihnen die zu untersuchende Person bekannt ?	Wenn nicht bekannt, ausgewiesen durch:
b) Wer ist der Hausarzt ?	
2. Wegen welcher Erkrankungen/ Beschwerden und wann haben Sie die zu untersuchende Person in den letzten 3 Jahren behandelt ?	Diagnose Behandlungszeitraum
3. Körpermaße	Gewicht Größe
4. Allgemeineindruck (Körperbau, Missbildungen)	

5. aktuelle Laborparameter (nicht älter als 6 Monate)
Bitte fügen Sie das Original bzw. eine Kopie der Laborparameter für folgende Werte bei:

Glukose	Thrombozyten	Hämoglobin	Cholesterin	Harnsäure	Gamma-GT	MCV
Triglyceride	Erythrozyten	Kreatinin	HDL-Chol.	Harnstoff	GPT	Datum der Untersuchung
BSG	Leukozyten	Lipase	LDL-Chol.	9-fach Urinstreifentest	GOT	

a) Ergeben sich aus den Laborparametern weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen ?

<input type="checkbox"/> nein	Was ist erforderlich ?
<input type="checkbox"/> ja	

6. Halten Sie nachstehende Organe und Körperteile für gesund bzw. normal ?

a) Hals-, Kopf- und Sinnesorgane	<input type="checkbox"/> nein	Was wurde festgestellt ?
	<input type="checkbox"/> ja	
b) Herz- und Kreislaufsystem	<input type="checkbox"/> nein	Was wurde festgestellt ?
	<input type="checkbox"/> ja	
Blutdruck in Ruhe	<input type="checkbox"/> nein	systolisch diastolisch
	<input type="checkbox"/> ja	
Erfolgte schon mal ein Belastungs-EKG ?	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis ?
	<input type="checkbox"/> ja	
c) Atmungsorgane	<input type="checkbox"/> nein	Was wurde festgestellt ?
	<input type="checkbox"/> ja	
Erfolgte schon mal eine Lungenfunktionsprüfung ?	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis ?
	<input type="checkbox"/> ja	
d) Verdauungsorgane	<input type="checkbox"/> nein	Was wurde festgestellt ?
	<input type="checkbox"/> ja	
e) Harn- und Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/> nein	Was wurde festgestellt ?
	<input type="checkbox"/> ja	
f) Haut	<input type="checkbox"/> nein	Was wurde festgestellt ?
	<input type="checkbox"/> ja	
g) Bewegungsapparat/ Gelenke	<input type="checkbox"/> nein	Was wurde festgestellt ?
	<input type="checkbox"/> ja	
h) Nervensystem und Psyche	<input type="checkbox"/> nein	Was wurde festgestellt ?
	<input type="checkbox"/> ja	

Vorname, Name

Geb.-Datum

--	--

Anschrift

--

7. Bestehen Krampfadern oder andere Gefäßleiden ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Was wurde festgestellt ?
8. Liegen Erkrankungen vor, nach denen nicht gefragt wurde ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
9. Besteht Schwangerschaft ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ggf. welche Woche ?
10. Besteht Behandlungsbedürftigkeit ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, weshalb ?
11. Sind weitere diagnostische oder auch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen oder therapeutische Maßnahmen erforderlich bzw. eingeleitet ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche ?

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

--	--	--