

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG  
 Alte-Oldenburger-Platz 1  
 49377 Vechta

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D510104

## Ärztlicher Untersuchungsbericht

für \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Die entstehenden Kosten für diesen Bericht und die eventuell notwendigen Untersuchungen/ Laboruntersuchungen werden nicht von der ALTE OLDENBURGER übernommen.

### Teil I Krankengeschichte

(Reicht der vorgegebene Platz für die Beantwortung nicht aus, können Sie ein Beiblatt verwenden. Vergessen Sie nicht dieses zu unterschreiben.)

**Hinweis:** Sofern Ihnen Fremdb Berichte vorliegen, lassen Sie uns diese bitte in Kopie zukommen.

#### 1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:

<p>a) <b>des Herzens, der Kreislauforgane</b> (z.B. Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt)?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<p>Wenn ja, welche? _____</p> <p>Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd</p> <p><input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____</p>
<p>b) <b>der Atmungsorgane, Allergien</b> (z.B. obstruktive oder chronische Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen, COPD, Lungenentzündung, Schlafapnoe)?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<p>Wenn ja, welche? _____</p> <p>Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd</p> <p><input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____</p>
<p>c) <b>der Verdauungsorgane</b> (z.B. Magengeschwür, Darmentzündung, Reizmagen/-Darm, Intoleranzen, erhöhte Leberwerte, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse)?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<p>Wenn ja, welche? _____</p> <p>Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd</p> <p><input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____</p>
<p>d) <b>der Nieren und Harnwege</b> (z.B. Nierenentzündung, Nieren-/ Harnleitersteine, Nierenbecken- oder Blasenentzündung)?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<p>Wenn ja, welche? _____</p> <p>Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd</p> <p><input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____</p>
<p>e) <b>der Drüsen, des Blutes, des Stoffwechsels, der Milz</b> (z.B. erhöhte Blutfett- oder Harnsäurewerte, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse, Zuckerkrankheit, Anämie, Blutgerinnungsstörung)?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<p>Wenn ja, welche? _____</p> <p>Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd</p> <p><input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____</p>
<p>f) <b>des Nervensystems</b> (z.B. häufige Kopfschmerzen/Migräne, Schwindel, Krämpfe, Multiple Sklerose, Epilepsie)?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<p>Wenn ja, welche? _____</p> <p>Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd</p> <p><input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____</p>

g) <b>der Sinnesorgane Augen, Ohren, Nase</b> (z.B. Sehschwäche, erhöhter Augeninnendruck, Mittelohrentzündung, Tinnitus, Hörsturz, Hörminderung, Nasensecheidewandverkrümmung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____
h) <b>der Haut, Allergien</b> (z.B. Schuppenflechte, atopisches Ekzem, Neurodermitis, Kontaktallergie, Urtikaria)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____
i) <b>der Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskulatur</b> (z.B. Hexenschuss, Nackenverspannungen, Ischias, Protusionen, Bandscheibenvorfall)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____
j) <b>der Gelenke, Bänder, Muskulatur</b> (z.B. Bänderriss, Tennisarm, Gelenkverschleiß, Frakturen, Hüftdysplasie)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____
k) <b>in Form von Tumoren, Geschwülsten</b> (z.B. Fettgeschwulst, Krebs)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____
l) <b>in Form von Infektionskrankheiten</b> (z.B. Tropenkrankheiten, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____
m) <b>wegen Unfällen, Verletzungen und/ oder Operationen</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____
n) <b>Bei Frauen: der Gebärmutter, der Eierstöcke oder Brust (auch Sterilität)?</b>  <b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____ Wenn ja, voraussichtlicher Entbindungstermin? _____ Gibt es Komplikationen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ Wenn ja, wann? _____
o) <b>Bei Männern: der Hoden, des Penis, der Prostata (auch Fertilitäts-/Potenzstörungen)?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____

## 2. Bestehen oder bestanden in den letzten 10 Jahren Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:

<b>der Psyche</b> (z. B. AD(H)S, Depressionen oder sonstige Gemütskrankungen, Essstörungen, psychosomatische Beschwerden)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Wie oft? <input type="checkbox"/> einmalig, wann? _____ <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von – bis _____
--	---	---

### 3. Weitere Angaben:

a) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig Medikamente und/ oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Weshalb? _____ Zeitraum von _____ bis _____ Dosierung _____
b) Bestehen Folgen von Krankheiten/Verletzungen, körperliche oder geistige Behinderungen, Geburtsfehler, Verluste oder Schäden an Organen bzw. Körperteilen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Falls bekannt: Ursache? _____
c) Wird oder wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung, Verhaltenstherapie, Sucht- bzw. Entwöhnungstherapie durchgeführt oder ist eine Behandlung angeraten/ geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Weshalb? _____ Zeitraum von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen
d) Wurde in den letzten 3 Jahren ein Test auf z.B. Allergien, Asthma, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Diabetes, Rheuma, AIDS oder Hepatitis durchgeführt oder ist eine Diagnostik dazu angeraten/ geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welcher? _____ Weshalb? _____ Ergebnis? _____ Wann? _____ <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen
e) Wurde in den letzten 5 Jahren eine Operation durchgeführt oder ist eine Operation angeraten/ geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Weshalb? _____ Wann? _____ <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen

D510104

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

## Teil II Untersuchungsbefund

(Reicht der vorgegebene Platz für die Beantwortung nicht aus, können Sie ein Beiblatt verwenden. Vergessen Sie nicht dieses zu unterschreiben.)

### 1. Allgemeine Angaben und Körperstatus

a) Sind Sie für den Patienten/ die Patientin als Hausarzt tätig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, wer ist der Hausarzt? _____
b) Haben Sie den Patienten/ die Patientin in den letzten 3 Jahren bereits ärztlich untersucht, behandelt oder beraten? (Legen Sie gern einen Auszug der Patientenakte bei.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wegen: Diagnose _____ zuletzt: _____ Diagnose _____ zuletzt: _____ Diagnose _____ zuletzt: _____
c) Sind in den letzten 3 Jahren bildgebende Verfahren durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____ Wann? _____ Weshalb? _____

d) Körpermaße		Größe: _____ Gewicht: _____
e) Blutdruck in Ruhe		RR _____/_____ mit Medikament? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
f) Sind Anomalien erkennbar?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____

D510104

## 2. Laboruntersuchungen

**Wurde in den letzten 6 Monaten bereits ein Labor gemacht? Dann schicken Sie uns bitte eine Kopie der Laborparameter für folgende Werte zu. Liegen keine aktuellen Werte vor, lassen Sie bitte ein aktuelles Labor anfertigen.**

Kleines Blutbild (Erythrozyten, Hämatokrit, Hämoglobin, MCV, Leukozyten, Thrombozyten), Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, Kreatinin, Gamma-GT, GOT, GPT, BKS, Blutzucker nüchtern, HbA1c.

Bei erhöhten Transaminasen (GOT- und GPT-Werte) bitte ergänzend folgende Werte: HBs-Antigen, Antikörper gegen HCV, Hepatitisscreening.

## 3. Halten Sie nachstehende Körperteile/ Organe für gesund?

a) Hals, Kopf und Sinnesorgane	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, was wurde festgestellt? _____
b) Herz-Kreislaufsystem	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, was wurde festgestellt? _____
c) Gefäße, Venen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, was wurde festgestellt? _____
d) Atmungsorgane	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, was wurde festgestellt? _____
e) Verdauungsorgane	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, was wurde festgestellt? _____
f) Nieren und Harnwege	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, was wurde festgestellt? _____
g) Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, was wurde festgestellt? _____
h) Haut	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, was wurde festgestellt? _____
i) Wirbelsäule, Bewegungsapparat, Gelenke	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, was wurde festgestellt? _____
j) Nervensystem und Psyche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, was wurde festgestellt? _____

## 4. Ergänzende Angaben

a) Liegen Erkrankungen vor nach denen nicht gefragt wurde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____
b) Sind weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen geplant, empfohlen oder eingeleitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Stempel, Unterschrift \_\_\_\_\_