

Medizinischer Untersuchungsbericht

Name, Vorname		Geburts- datum		Versicherungs- nummer	
------------------	--	-------------------	--	--------------------------	--

Der obengenannte Patient hat sich bei uns bezüglich einer Krankenversicherung beworben. Wir bitten Sie deshalb höflichst darum, eine medizinische Untersuchung in unserem Namen durchzuführen.

Dieser Untersuchungsbericht darf nicht von Ehepartnern, Eltern oder den Kindern der zu untersuchenden Person ausgefüllt werden.

Teil A muss von dem Arzt ausgefüllt werden, wobei der Kunde konsultiert wird.

Teil B ist von dem Arzt selber auszufüllen.

Die Kosten dieses medizinischen Berichtes sind vom Kunden zu bezahlen.

Bitte senden Sie die ausgefüllten Unterlagen an:

A + E GmbH Versicherungsmakler
Rudolf-Diesel-Str. 16c
D – 53859 Niederkassel
Tel.: +49 (0)228/33 88 77 0
Fax: +49 (0)228/33 88 77 22

Vorgeschichte - Sektion A	Ja	Nein	Wenn ja, geben Sie bitte alle Details bezüglich Datum, Stärke, Behandlung, Länge, und Ergebnisse der Untersuchungen an.
<p>Leiden Sie unter körperlichen Defekten oder gesundheitlichen Schäden?</p> <p>Waren Sie jemals, für einen Zeitraum über eine Woche, oder befinden Sie sich zur Zeit in medizinischer Behandlung ? Einnahme von Medikamenten oder Erhalten von Spritzen?</p> <p>Haben Sie jemals Drogen (z. B Kokain, Heroin usw.) eingenommen, die nicht medizinisch indiziert war ?</p>			
<p>Mussten Sie sich jemals speziellen- oder Routineuntersuchungen unterziehen? (z.B. Röntgen, Krebsvorsorge, EKG, Blut- oder Urinproben)</p> <p>Hatten Sie jemals oder warten Sie auf eine Operation oder Behandlung in einem Krankenhaus, Pflegeheim oder Kur-/ Heilbad, oder beziehen/ warten Sie auf ambulante Behandlung?</p>			
<p>Litten Sie jemals oder leiden Sie zur Zeit unter:</p> <p>Asthma, Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis, Tuberkulose oder anderweitigen Atembeschwerden?</p> <p>Hohem Blutdruck, Beschwerden des Brustkorbes, Angina, Koronar thrombose oder anderen Herz-/ Kreislauf Beschwerden?</p> <p>Rheuma, Gicht, Arthritis, Rückenschmerzen oder dem Ischiassyndrom?</p> <p>Verdauungsproblemen, Gastro- oder Duodenalgeschwüren, Durchfall, anderweitigen Magen- oder Verdauungstrakterkrankungen einschließlich Kolitis oder rektaler Blutung?</p> <p>Gallenblasen-, Lebererkrankungen, einschließlich Hepatitis, Prostata-, Nieren-, Blasen- oder Harnröhrenbeschwerden?</p> <p>Diabetes, Anämie, oder Blutbild- oder Lymphdrüsenstörung?</p> <p>Stress, Depressionen, Angstzuständen, Erkrankung der Nerven, chronischer Müdigkeit/ Schwäche oder waren Sie in Behandlung bei einem Psychiater/ Berater?</p> <p>Ohnmachtsanfällen, Anfällen, Epilepsie, Paralyse oder anderen Erkrankungen des Nervensystems?</p> <p>Krebs, Wucherungen, Knoten, Zysten oder Tumoren?</p> <p>Wurde bei Ihnen jemals das Stein-Leventhal Syndrom, Endometriose oder andere Beschwerden des Fortpflanzungstrakts festgestellt?</p> <p>Anderen, oder nicht aufgeführten Krankheiten, einschließlich Störungen des H.N.O. Bereiches. Allergien, tropischer Erkrankungen einschließlich AIDS?</p>			
<p>Wann und aus welchen Gründen haben Sie zum letzten Mal Ihren Hausarzt oder anderen Arzt besucht?</p>			

<p>Wieviele Tage waren Sie in den letzten fünf Jahren krankgeschrieben? (Bitte geben Sie Gründe an)</p> <p>Haben Sie in den letzten fünf Jahren einen anderen Arzt konsultiert oder sich einem Gesundheitscheck unterzogen?</p> <p>Bitte nennen Sie Ihre täglichen Gewohnheiten in bezug auf:</p> <p>Sport/ Übung</p> <p>Alkohol?</p> <p>War Ihr Verbrauch jemals höher? Wenn ja, geben Sie bitte vollständige Angaben.</p> <p>Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag? Wenn Sie mit dem Rauchen aufgehört haben, wann?</p> <p>Wie viele Zigaretten/ Zigarren haben Sie geraucht?</p>			<p>Bitte täglichen Gebrauch angeben</p>
---	--	--	--

Vorgeschichte Sektion A – (fortgesetzt)

Familiengeschichte

LEBEND			VERSTORBEN	
	Alter	Gesundheitlicher Zustand	Alter des Verstorbenen	Genauem Angaben zum Tod
Vater				
Mutter				
Bruder				
Schwester				

Erklärung Hiermit erkläre ich, dass alle Angaben mit bestem Wissen und Gewissen wahr und vollständig sind. Des weiteren erkläre ich, dass diese Erklärung die Grundlage für den Vertrag auf private Krankenversicherung zwischen mir und dem Versicherungsgeber, Allianz Worldwide Care bilden soll.

Unterschrift des Antragsstellers _____ Datum _____

Unterschrift des untersuchenden Arztes _____ Datum _____

Sektion B – Untersuchungsbericht des Antragsstellers

<p>1. a) Wie lange kennen Sie den Antragssteller? b) Sind Sie verwandt? c) Wenn Sie im Besitz medizinischer Akten sind, sind diese zurückdatiert?</p>	<p>a) _____ b) _____ c) _____</p>
<p>2. Maße (Vom untersuchenden Arzt durchgeführt)</p> <p>a) Grösse</p> <p>b) Gewicht</p> <p>c) Brustumfang</p>	<p>Cm _____</p> <p>Kg _____</p> <p>Eingeatmet _____ CM</p> <p>Ausgeatmet _____ CM</p> <p>Ja _____ Nein _____</p>

<p>d) Bestanden/ bestehen Gewichtsschwankungen (Wenn ja, warum?)</p>																											
<p>3. Herz- und Kreislaufsystem</p> <p>a) Bitte geben Sie den Puls pro Minute an. Bei Unregelmäßigkeiten geben Sie bitte die Ursache an. Verringern sich oder verschwinden die Unregelmäßigkeiten unter Belastung? Bitte geben Sie die Zahl der Ektopien an?</p> <p>b) Besteht ein abnormales Herzgeräusch? Wenn ja, geben Sie bitte Details an:</p> <p>c) Merkmal und Position des Herzspitzenstoß?</p> <p>d) Ist das Herz vergrößert?</p> <p>e) Wenn die erste Messung 140/ 90 überschreitet nehmen Sie bitte zwei weitere Messungen vor, nachdem der Patient für 5-10 Minuten Übungen getätigt hat.</p> <p>Sektion B - Fortgesetzt</p> <p>f) Fehlen arterielle Fußpulse?</p> <p>g) Gibt es Hinweise auf arterielle Erkrankung (z.B. retinale Veränderungen)</p> <p>h) Bestehen Ödeme in den Beinen? Wenn ja, sind sie bilateral, unilateral?</p> <p>i) Sind Krampfadern vorhanden? Ausprägung?</p>	<p>a) Frequenz/ Min _____ Ist der Puls regelmäßig? _____</p> <p>b) Ja _____ Nein _____</p> <p style="margin-left: 20px;">i. Systolisch _____ Diastolisch _____</p> <p style="margin-left: 20px;">ii. Apex _____ Basis _____</p> <p style="margin-left: 20px;">iii. Ausstrahlung zur Basis _____ Axilla _____</p> <p style="margin-left: 20px;">iv. Grad des Geräusches _____</p> <p>c) _____</p> <p>d) Ja _____ Nein _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Systolisch</th> <th colspan="2" style="width: 50%;">Diastolisch</th> <th style="width: 25%;">Pulsfrequenz</th> </tr> <tr> <td></td> <th style="width: 25%;">4. Phase</th> <th style="width: 25%;">5. Phase</th> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 20px;">Ja _____ Nein _____</p> <p style="margin-top: 5px;">Ja _____ Nein _____</p> <p style="margin-top: 5px;">Ja _____ Nein _____</p> <p style="margin-top: 5px;">Ja _____ Nein _____</p>			Systolisch	Diastolisch		Pulsfrequenz		4. Phase	5. Phase																	
Systolisch	Diastolisch		Pulsfrequenz																								
	4. Phase	5. Phase																									
<p>4. Atmung</p> <p>a) Besteht eine Abnormalität in dem Klopfeschall oder in den Atemgeräuschen?</p> <p>b) Gibt es andere Anzeichen von ehemaligen/ vorhandenen Abnormalitäten?</p> <p>c) FEV, wenn möglich</p>	<p>JA</p>	<p>NEIN</p>	<p>Wenn ja geben sie bitte Details an:</p>																								
<p>5. Verdauung</p> <p>a) Besteht ein abnormer Tastbefund der Leber, der Milz oder anderer Abdominalorgane?</p> <p>b) Besteht ein Leistenbruch? (Wenn ja, bitte bestätigen Sie ob eine Stütze/ chirurgischer Eingriff nötig erscheint)</p>																											

<p>6. Nervensystem/ Sinnessystem</p> <p>a) Besteht eine Abnormalität der Pupillenreaktion/ oder der Fundi?</p> <p>b) Besteht eine Abnormalität des Gehörs, des Sehvermögens oder des Nasengangs?</p> <p>c) Wertbereich des Sehvermögens</p> <p>d) Sind Patellar- bzw. Achillessehnenreflexe abnormal?</p> <p>e) Besteht eine Bewegungseinschränkung des Nackens, Schultern, Rückens?</p>			
<p>7. Urogenitaltrakt</p> <p>a) Analyse des Urins hinsichtlich:</p> <p style="padding-left: 40px;">Eiweiß? Zucker? Sediment? Bakterien?</p> <p>b) Bestehen gynäkologische Probleme/ eine abnormale geburtshilfliche Krankengeschichte/ Erkrankungen der Brust?</p> <p>Datum und Ergebnis der letzten Mammografie/ des letzten zervikalen Abstrichs?</p>			<p>Wenn ja, geben Sie bitte nähere Information über das Ausmaß, wenn möglich</p>
<p>8. Allgemeines</p> <p>a) Ist der Habitus , das Erscheinungsbild oder -Verhalten außergewöhnlich?</p> <p>b) Gibt es Anzeichen für Alkoholmissbrauch oder Missbrauch von Drogen?</p> <p>c) Gibt es Anzeichen im Leben des Antragsstellers, die sie/ihn in Gefahr bringen, sich mit AIDS anzustecken?</p> <p>d) Gibt es einen Zustand, der medizinische Fürsorge oder chirurgische Eingriffe in vorhersehbarer Zukunft rechtfertigen wurde?</p>			
<p>Unterschrift des untersuchenden Arztes</p> <p>_____</p> <p>Datum _____ Uhrzeit _____</p> <p>Berufliche Qualifikationen _____</p>		<p>Name und Anschrift des untersuchenden Arztes</p>	