

DMS 01096

Versicherungs-Nummer KV	Vermittlernummer	Anfrage/Antrag vom
-----------------------------------	------------------	--------------------

Ärztliche Untersuchung für Personen ohne Vorversicherung bzw. Vorversicherungsnachweis
(vom Arzt auszufüllen)

Die Untersuchung darf nicht durch Ehegatten, Eltern, Geschwister, Kinder oder Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz) der zu untersuchenden Person erstellt werden.

Die Kosten der Untersuchung trägt der Versicherungsnehmer / Versicherte / Interessent.

I. Personalien der zu untersuchenden Person

Name, Vorname(n)	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, PLZ und Ort)	ausgeübter Beruf

II. Allgemeine Fragen an den Arzt (Bitte wissenschaftliche Diagnosen **und den ICD-Code** angeben – keine Striche verwenden.)

1. Seit wann befindet sich der Patient in Ihrer Behandlung? Wegen welcher Erkrankungen, Beschwerden oder Unfälle wurde der Patient in den letzten fünf Jahren a) nach der erhobenen Anamnese b) nach der Krankengeschichte nach Ihren eigenen Unterlagen behandelt? Wurden Tests bezogen auf AIDS, Allergien, Diabetes etc. durchgeführt? Wenn ja, mit welchen Ergebnissen? (Alle Angaben bitte jeweils mit Zeitangaben von/bis) Sofern Ihnen Fremdb Berichte vorliegen, wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns diese zur Einsicht überlie ßen; eine umgehende Rücksendung wird garantiert.	
	a)
	b)
2. Wann wurde der Patient erstmals von Ihnen über die von Ihnen erhobenen Befunde informiert?	
3. War oder ist eine Behandlung – ggf. auch Mitbehandlung – erforderlich bzw. angeraten? a) weshalb? (Diagnose) b) von / bis c) Name und Anschrift des mit-/behandelnden Arztes	a) b) c)
4. Besteht eine Erwerbsminderung, Wehrdienstbeschädigung oder eine sonstige Behinderung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, was liegt vor?
5. Name und Anschrift des Hausarztes.	
6. Sofern Ihnen Fremdb Berichte vorliegen, wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns diese in Kopie überlie ßen. Bitte senden Sie uns keine Original-Belege zu. Wir bitten um folgende Laboruntersuchungen (Nüchternabnahme): > Kleines Blutbild (Erythrozyten, Hämatokrit, Hämoglobin, MCV, Leukozyten) – 3550, > PTT – 3605, > Quick 3607, > Harnsäure – 3583, > Kreatinin – 3585, > Gamma-GT – 3592, GOT – 3594, > GPT – 3595, > HbA1 oder HbA1c – 3561, > CRP – 3741, > HBs-Antigen – 4381, > Antikörper gegen HCV – 4406, > TSH – 4030 Auf die nachstehend aufgeführten Laborwerte kann bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr verzichtet werden. > Cholesterin – 3562, > HDL-Cholesterin – 3563, > LDL-Cholesterin – 3564, > Triglyceride – 3565, > Alkalische Phosphatase – 3587, > Bluzucker nüchtern - 3560	
7. Urinbefund (Bitte unbedingt angeben!) Bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr kann auf den Urinbefund verzichtet werden.	Eiweiß: Blut: Zucker: Sediment:

Versicherungs-Nummer KV	Vermittlernummer	Name, Vorname(n) der zu untersuchenden Person
-----------------------------------	------------------	---

III. Allgemein- und Organbefunde (Bitte wissenschaftliche Diagnosen **und den ICD-Code** angeben - keine Striche verwenden.)

8. Größe und Gewicht	cm: kg:
9. Blutdruck in Ruhe	systolisch: diastolisch:
10. Puls Für Kinder unter dem 3. Lebensjahr ist die Angabe des Ruhepuls ausreichend.	Ruhepuls: Nach 10 Kniebeugen: nach 2 Minuten:
11. Halten Sie Herz, Kreislauf und Gefäße für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, was wurde festgestellt?
12. Halten Sie Augen, Nase, Ohren, Mund- und Rachenhöhle für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, was liegt vor?
13. Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, was liegt vor?
14. Halten Sie den Bewegungsapparat und die Gelenke für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, was liegt vor?
15. Halten Sie das Nervensystem für gesund, und ist das psychische Verhalten unauffällig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, was liegt vor?
16. Halten Sie die Verdauungsorgane (Magen, Leber, Gallenblase, Darm, Pankreas) für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, was liegt vor?
17. Halten Sie die Nieren sowie Harn- und Geschlechtsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, was liegt vor?
18. Liegen Anzeichen von Stoffwechselfunktionsstörungen, insbesondere der Schilddrüse, vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, was liegt vor?
19. Bestehen Haut- oder Schleimhautveränderungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Art und Lokalisation angeben.
20. Liegen Venenerkrankungen vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, was liegt vor?
21. Wir bitten um eine Sonographie der Abdominalorgane.	Nieren: Leber: Gallenblase: Milz: Pankreas:
22. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wann erstmals durch wen festgestellt? (Wenn ja bitte Kopie des Mutterpasses beifügen) Bestehen a) Brust- oder Unterleibsleiden? b) Hormon- oder Regelstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Monat: Feststellungsdatum: Arzt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, was liegt vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, was liegt vor?
23. Liegen sonstige Gesundheitsstörungen, krankhafte Veränderungen, Missbildungen oder Unfallfolgen vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, was liegt vor?
24. Welche diagnostischen Maßnahmen sind evtl. erforderlich oder angeraten und aus welchem Grund, insbesondere auch bei veränderten Blutwerten (siehe Punkt 6)? (Therapie/Diagnose)	
25. Gesamteindruck und Beurteilung	

Ort und Tag der Untersuchung	Stempel, Unterschrift des Arztes (Bitte Korrekturen gesondert abzeichnen und gegenstempeln)
------------------------------	--