

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.)

<p>1. Seit wann befindet sich der Patient in Ihrer Behandlung? Wegen welcher Erkrankungen, Beschwerden oder Unfälle wurde der Patient in den letzten fünf Jahren</p> <p>a) nach der erhobenen Anamnese</p> <p>b) nach der Krankengeschichte nach Ihren eigenen Unterlagen behandelt?</p> <p>Wurden Tests bezogen auf AIDS, Allergien, Diabetes etc. durchgeführt? Wenn ja, mit welchen Ergebnissen?</p> <p>(Alle Angaben bitte jeweils mit Zeitangaben von/bis)</p> <p>Sofern Ihnen Fremdb Berichte vorliegen, wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns diese zur Einsicht überlie ßen; eine umgehende Rücksendung wird garantiert.</p>	
	a)
	b)
2. Wann wurde der Patient erstmals von Ihnen über die von Ihnen erhobenen Befunde informiert?	
<p>3. War oder ist eine Behandlung – ggf. auch Mitbehandlung – erforderlich bzw. angeraten?</p> <p>a) weshalb? (Diagnose)</p> <p>b) von / bis</p> <p>c) Name und Anschrift des mit-/behandelnden Arztes</p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>
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.	
<p>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.</p> <p>Wir bitten um folgende Laboruntersuchungen (Nüchternabnahme):</p> <p>> 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</p> <p>Auf die nachstehend aufgeführten Laborwerte kann bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr verzichtet werden.</p> <p>> Cholesterin – 3562, > HDL-Cholesterin – 3563, > LDL-Cholesterin – 3564, > Triglyceride – 3565, > Alkalische Phosphatase – 3587, > Blutzucker nüchtern - 3560</p>	
7. Urinbefund (Bitte unbedingt angeben!) Bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr kann auf den Urinbefund verzichtet werden.	<p>Eiweiß: Blut: Zucker: Sediment:</p>

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)
------------------------------	--