

Ärztliche Untersuchung

zum Antrag/zur Anfrage auf Krankenversicherung

Antrags-/Anfragedatum	Antrags-/Anfrage-Nr.	Verm.-Nr.	GS-/MVB-Agt.
Name/Vorname		Geb.-Datum	
Straße/Wohnort		Tel.-Nr.	

Untersuchungsbericht

Die Kosten dieser Untersuchung trägt der Antrag-/Anfragesteller. Sie darf nicht durch den Ehegatten, einen Elternteil oder ein Kind der zu untersuchenden Person vorgenommen werden. Für Personen unter 10 Jahren sind lediglich Angaben zu Punkt A) zu machen.

A) Für Personen unter 10 Jahren

1. Halten Sie das Kind für körperlich und geistig gesund und frei von Missbildungen?
Wenn nein, was liegt vor? ja nein

2. Sind Untersuchungen oder Behandlungen angeraten oder beabsichtigt?
Wenn ja, weswegen, wann und wo? ja nein

B) Für Personen über 10 Jahren

1. Körpergröße und Körpergewicht: cm kg

- 2.1 Blutdruck in Ruhe: systolisch diastolisch

- 2.2 Halten Sie Herz, Kreislauf und Gefäße für gesund? Wenn nein, was liegt vor? ja nein

- 3.1 Urin, frisch gelassen: Eiweiß Zucker Bakterien Blut

- 3.2 Halten Sie die Nieren sowie die Harn- und Geschlechtsorgane für gesund? Wenn nein, was liegt vor? ja nein

4. Halten Sie die Atmungsorgane für gesund? Wenn nein, was liegt vor? ja nein

Bitte wenden!

5. Halten Sie Augen, Nase, Ohren für gesund? Wenn nein, was liegt vor? ja nein

6. Halten Sie Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen für gesund? Wenn nein, was liegt vor? ja nein

7. Halten Sie das Knochensystem und die Gelenke für gesund? Wenn nein, was liegt vor? ja nein

8. Halten Sie die Verdauungsorgane, z. B. Magen, Darm, Leber, Gallenblase, Pankreas für gesund?
Wenn nein, was liegt vor? ja nein

9. Halten Sie das Nervensystem für gesund und das psychische Verhalten für unauffällig?
Wenn nein, was liegt vor? ja nein

10. Halten Sie die Hormon- und Stoffwechselfunktion für gesund?
Wenn nein, was liegt vor? ja nein

11. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen und solchen, die bereits ersetzt sind)?
Wenn ja, Zähne ja nein

12. Liegen sonstige krankhafte Veränderungen oder Abweichungen vor? Wenn ja, welche? ja nein

13. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?
Wenn ja, Schwangerschaftswoche ja nein

14. Sind Untersuchungen oder Behandlungen (evtl. auch durch einen Zahnarzt) angeraten oder beabsichtigt?
Wenn ja, weswegen, wann und wo? ja nein

15. Welche Ärzte können zu einzelnen Feststellungen gegebenenfalls nähere Auskünfte erteilen?
(Bitte Namen und Anschriften angeben)

Ort und Datum der Untersuchung

Stempel und Unterschrift des Arztes