

zu versichernde Person

Herr/Frau _____ geb. am _____

Beruf, ggf. auch Nebenberuf _____ Fam.Stand _____
(Bitte genaue Angaben über die Beschäftigung)

Wohnadresse _____
(Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

Bei bestehendem Verwandtschaftsverhältnis zu der zu untersuchenden Person die Untersuchung bitte nicht durchführen!

Jede der nachstehenden Fragen bitte einzeln stellen, das Zutreffende ankreuzen und bei „Ja“ bitte näher erläutern. Durch sorgfältige Beantwortung helfen Sie zeitraubende Rückfragen zu vermeiden. Danke!

I. Erklärungen der zu versichernden Person vor dem Arzt

1. Wie alt sind Ihre Eltern?	Falls verstorben: Woran? In welchem Alter?
Vater: _____	_____
Mutter: _____	_____
Sind bei Eltern oder Geschwistern Herz- oder Gefäßerkrankungen, Geistes- oder Nervenkrankheiten, Selbstmord, bösartige Tumore oder Zuckerkrankheit vorgekommen?	
☐ Nein ☐ Ja. Welche? Bei wem?	

2. Haben oder hatten Sie Krankheiten, Störungen oder Beschwerden	Nein	Ja		Nein	Ja
a) des Herzens oder der Kreislauforgane , z.B. einen Herzfehler (angeboren oder erworben?), Angina pectoris, koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen (in welchem Bereich?), erhöhten Blutdruck, Venenentzündung, Embolie, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Atemnot bei Belastung, Herzrhythmusstörungen?	☐	☐	g) der Sinnesorgane , wie der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit) oder der Augen (z.B. Herabsetzung der Sehschärfe: Dioptrienzahl re.+/- _____ li.+/- _____)?	☐	☐
b) der Atmungsorgane , z.B. wiederholte oder länger dauernde Bronchitis, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma oder Erkrankung des Kehlkopfes?	☐	☐	h) der Haut , z.B. Geschwüre, Ekzeme, Psoriasis, Allergien, Neurodermitis oder Pilzerkrankungen?	☐	☐
c) der Verdauungsorgane , (z.B. Gastritis, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Magen- oder Darmblutungen, länger andauernden Durchfall); des Dünndickdarmes, der Leber (Hepatitis), der Gallenblase bzw. der Gallenwege oder der Bauchspeicheldrüse?	☐	☐	i) des Bewegungsapparates (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder und Sehnen), z.B. Rücken-, Nacken- oder Schulterbeschwerden?	☐	☐
d) der Harn- oder Geschlechtsorgane , der Prostata, der Hoden oder Nebenhoden, z.B. ein Steinleiden, Nieren-, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, blutigen Harn, Eiweißausscheidung, Nierenkoliken?	☐	☐	j) des Stoffwechsels oder des Blutes , z.B. Zuckerkrankheit, Störung des Fettstoffwechsels (z.B. Cholesterin, Triglyceride), Gicht (Harnsäure), Schilddrüsen-, Drüsen- oder Hormonstörungen, Anämie oder Veränderungen des roten oder weißen Blutbildes?	☐	☐
e) der Nerven , des Gehirns oder Rückenmarks , z.B. Epilepsie, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Lähmungen, Schwindel oder häufige Kopfschmerzen?	☐	☐	k) Tumore (gutartig/bösartig) oder Lymphknotenschwellungen , abnormen Gewichtsverlust?	☐	☐
f) der Psyche , z.B. Depressionen, Selbstmordversuche oder Psychosen?	☐	☐	l) rheumatische Beschwerden ?	☐	☐
			m) des Immunsystems , Allergien oder Infektionen (akute oder chronische), z.B. Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten (z.B. HIV-Infektion, AIDS)?	☐	☐
			n) sonstige Krankheiten, Gebrechen oder Beschwerden nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	☐	☐
			o) bei Frauen außerdem: Erkrankungen der Brüste oder Unterleibsorgane? Besteht Schwangerschaft? In welchem Monat? _____	☐	☐

3. Erläuterungen zu 2. (soweit anamnestisch erhebbar):			
Art (Diagnose) der Erkrankungen Störungen oder Beschwerden:	Von wann bis wann?	Wie oft?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift:
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Bei „Ja“ bitte genaue Angaben zu Diagnose und Behandlungen
Wann? Weshalb? Behandelnde Ärzte mit Anschrift.

4. a) Nahmen oder nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja: Welche? Wieviel pro Tag derzeit bzw. bis wann? b) Rauchen Sie? Wenn ja: Was? Wieviel? Seit Wann? c) Nahmen oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (insbesondere Herz-, Gefäßmedikamente, Blutzucker oder Blutdruck senkende Mittel) Welche? Dosis? Seit bzw. bis wann? d) Bestand oder besteht Medikamenten- bzw. Suchtmittel- oder Drogenmissbrauch?	Nein Ja ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
5. a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welcher Art? Welche Folgen bestehen? b) Beantragten, beziehen oder bezogen Sie eine Rente? Prozentsatz der MDE? Begründung des Rentenbescheides? c) Sind Sie krankheitshalber vorzeitig in den Ruhestand versetzt?	Nein Ja ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
6. a) Sind Sie operiert worden? b) Ist eine Operation vorgesehen? c) Erfolgten Behandlungen mit Röntgen-, Isotopen-, oder sonstigen radioaktiven Strahlen oder Chemotherapien? d) Mußten Sie andere Behandlungen, wie z.B. mit Interferon, vornehmen lassen?	Nein Ja ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Die folgenden 3 Angaben beziehen sich auf die letzten 3 Jahre: 7. a) Wurde ein Elektrokardiogramm aufgenommen? Ergometrie? ERGEBNIS? (Falls EKG-Streifen und/oder Befundbericht vorhanden sind, überlassen Sie uns diese bitte leihweise) b) Wurden Röntgen-, Computertomographie-, oder andere bildgebende bzw. nuklearmedizinische Untersuchungen durchgeführt? ERGEBNIS? c) Wurden Labor- oder sonstige Untersuchungen durchgeführt, die bisher nicht angegeben sind? Welche? ERGEBNIS? d) Haben Sie jemals einen HIV-Test vornehmen lassen (ERGEBNIS?) oder wurde Ihnen ein solcher Test empfohlen?	Nein Ja ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Die folgenden Angaben beziehen sich auf die letzten 10 Jahre: 8. a) Sind Sie sonst in einem Krankenhaus untersucht oder behandelt worden? Wo? Weshalb? b) Hatten Sie Kuraufenthalte? Entziehungskuren? Wo? Weshalb? c) Waren Sie in einem Rehabilitationszentrum? Wo? Weshalb?	Nein Ja ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
9. Bei Männern: Sind oder waren Sie wehrdienstuntauglich? Bei „Ja“ Angabe der Gründe!	Nein Ja ☐ ☐
10. a) Welchen Arzt nehmen Sie für gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt) bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am Besten informiert?	Name und Anschrift
10. b) Von welchen anderen Ärzten, Psychologen oder anderen Therapeuten – außer den bereits genannten – wurden Sie in den letzten 5 Jahren untersucht, beraten oder behandelt? Weshalb?	Name und Anschrift

Ich übernehme durch meine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben; dies auch dann, wenn die Angaben nicht eigenhändig, sondern von einer anderen Person geschrieben wurden. Ich nehme zur Kenntnis, daß das Verschweigen von Krankheiten oder Gebrechen, die mir bekannt sind bzw. bis Vertragsabschluß bekannt werden, zur Ablehnung von Leistungsansprüchen führen kann.

Ich ermächtigeausdrücklich, die vom Versicherer gewünschte Untersuchung, wie im Teil II dieses Formulars vorgesehen, durchzuführen und dieses dem Versicherer zur Verfügung zu stellen.

Datum	Unterschrift der zu versichernden Person
-------	--

II. Untersuchungsbefund

Haben Sie die zu versichernde Person bereits früher untersucht, beraten oder behandelt?	Nein ☐	Ja ☐	Wann und weswegen?
Wenn nicht, wodurch wurde die Identität festgestellt? (Art des Ausweises)			
Sind Sie mit der zu versichernden Person verwandt oder verheiratet?	Nein ☐	Ja ☐	(Siehe den Hinweis auf der ersten Seite!)

1. Körpermaße:	Größe: _____ cm	Brustumfang: _____ cm
	Gewicht: _____ kg	Bauchumfang: _____ cm
		Hüftumfang: _____ cm
	Konstitutionstyp: _____	
Macht die zu untersuchende Person einen altersentsprechenden, gesunden und frischen Eindruck?	Nein ☐	Ja ☐

Bei „Ja“ bitte nähere Angaben!

2. Bestehen Anomalien des Skeletts bzw. des Bewegungsapparates ? Wenn ja, welche Leiden liegen vor?	Nein ☐	Ja ☐
3. Bestehen Krankheiten der Haut bzw. der Schleimhäute ? Wenn ja, welches Leiden liegt vor?	Nein ☐	Ja ☐
4. Bestehen Krankheiten der Sinnesorgane ? Wenn ja, welches Leiden liegt vor?	Nein ☐	Ja ☐
5. Bestehen Krankheiten des Nervensystems bzw. der Psyche , insbesondere abnorme Reflexe (z.B. Patellarsehnenreflex) oder Sensibilitätsstörungen? Wenn ja, welche Abweichung liegt vor?	Nein ☐	Ja ☐
6. Bestehen Krankheiten des Hormonsystems (z.B. Schilddrüse) oder des Stoffwechsels (z.B. Diabetes mellitus, Gicht, Hyperlipidämie)? Wenn ja, welches Leiden liegt vor? (anamnestisch)	Nein ☐	Ja ☐
7. Herz und Kreislauf	Nein	Ja
a) Ist das Herz vergrößert? (Nach rechts? Nach links? Konfiguration?)	☐	☐
b) Sind die Herztöne rein und normal betont?	☐	☐
c) Bestehen Herzgeräusche? Welche? Wo? Sind die Geräusche organisch bedingt?	☐	☐
d) Pulsfrequenz und Blutdruck		
		Blutdruck in mmHg systol. diastol.
	Puls: _____	_____ / _____
Bei erhöhten Blutdruckwerten bitte nach der Untersuchung nochmals messen.	2. Blutdruckmessung:	_____ / _____
e) Ist der Puls in Ruhe gleich und regelmäßig? Bei Extrasystolen: Wie viel in der Minute? Vereinzelt oder gehäuft?	☐	☐
f) Bestehen Insuffizienz- bzw. Dekompensationserscheinungen (Atemnot, Cyanose, Ödeme)?	☐	☐
g) Sind die Arterienpulse normal beschaffen und normal palpabel?	☐	☐
h) Ist die Karotisauskultation normal?	☐	☐
i) Sind Krampfadern vorhanden (Stärke, Ausdehnung)? Geschwüre?	☐	☐
j) Können Sie zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen? Welche?	☐	☐
Liegt eine Erkrankung vor? Wenn ja, welche?	☐	☐

Bei „Ja“ bitte nähere Angaben!

8. Atmungsorgane a) Besteht Heiserkeit? Husten? b) Form und Wölbung des Brustkorbes? c) Ergebnis der Perkussion und Auskultation? d) Bestehen Erkrankungen der Atmungsorgane? Wenn ja, welches Leiden liegt vor?	Nein Ja ☐ ☐ ☐ ☐
9. Verdauungsorgane a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Gebiß, Rachen? b) Ergebnis der Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauches? c) Bestehen Erkrankungen des Bauchraumes? Wenn ja, welches Leiden liegt vor?	Nein Ja ☐ ☐ ☐ ☐
10. Harn- und Geschlechtsorgane a) Harnuntersuchung: Wurde der Harn anlässlich der Untersuchung entleert? Enthält der Harn: b) Bestehen Erkrankungen der Harnorgane? Wenn ja, welches Leiden liegt vor? c) Bestehen Erkrankungen der Geschlechtsorgane (Bei Frauen insbesondere auch Erkrankungen der Brüste)? Bei Frauen: Aktuelle Schwangerschaft? Normaler Verlauf?	Nein Ja ☐ ☐ Eiweiß _____ Zucker _____ Blut _____ Nitrit _____ Keton _____ Urobilinogen _____ Bilirubin _____ Art des durchgeführten Harnbefundes (Streifentest)? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
11. Sonstiges a) Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde (z.B. Allergien, Lymphknotenschwellungen, Erkrankungen des Blutes oder des Immunsystems etc.) erhoben? Wenn ja, welche? b) Halten Sie andere, bisher nicht erwähnte Umstände für mitteilenswert? Wenn ja, welche? c) Halten Sie es für zweckmäßig, den Befund des Hausarztes oder eines anderen Arztes einzuholen? Wenn ja, von welchem? d) Welche ergänzenden Untersuchungen schlagen Sie vor? e) Haben Sie weitere Maßnahmen veranlaßt oder empfohlen? Wenn ja, welche	Nein Ja ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

BEMERKUNGEN: (z.B. zu Compliance bei Therapiemaßnahmen, Untersuchung, o.ä.)

Für die Risikobeurteilung sind auch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Wir bitten Sie daher dem/der Untersuchten zwar **krankhafte Befunde** mitzuteilen, aber kein Urteil über die Einschätzung des Risikos abzugeben.

Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?

Wann und wo fand die Untersuchung statt?

BEILIEGENDE BEFUNDE:

Die Honorierung erfolgt gemäß der Vereinbarung zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs.	
Konto Nr. _____	
bei _____ Bankleitzahl _____	
Honorar € _____ angew. am _____	Datum _____ Arztstempel und Unterschrift _____