Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

# Ärztlicher Untersuchungsbericht

Zur Vorlage bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG
Maximilianstraße 53 · 81537 München · Telefon (0 89) 21 60-88 88

**Versicherungsnummer:**

**Versicherungsnehmer:**

**Bericht für**

Geburtsdatum

**Hinweise:**

- Die Kosten des Untersuchungsberichtes und der Untersuchung trägt die zu versichernde Person.
- Der Untersuchungsbericht darf nicht durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder der zu versichernden Person erstellt werden.
- Jede Frage ist vollständig zu beantworten und die zu versichernde Person entsprechend zu untersuchen.
- Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen sind nicht anzugeben. Bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen sind jedoch anzugeben, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden hiervon Kenntnis erlangt wurde.

## Teil I Krankengeschichte

(Reicht der vorgegebene Platz für die Beantwortung nicht aus, verwenden Sie bitte ein Beiblatt)

1. **Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Störungen oder Beschwerden …**

a) **des Herzens oder der Kreislauforgane**
(z. B. Bluthochdruck, Schmerzen in der Herzgegend, Herzfehler, Rhythmusstörungen, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen oder Infarkt des Herzens, Gehirns oder der Extremitäten, Embolie)?
☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

b) **der Atmungsorgane**
(z. B. Tuberkulose, häufige oder chronische Bronchitis, Asthma, Emphysem, blutiger Auswurf, Lungen- oder Brustfellentzündung)?
☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

c) **der Verdauungsorgane**
(z. B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, erhöhte Leberwerte, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, chronische Darmentzündung)?
☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

d) **der Harn- oder Geschlechtsorgane**
(z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung)?
☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

e) **der Milz, des Blutes**
(z. B. Leukämie, Anämie)?
☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

f) **des Stoffwechsels**
(z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhung, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse)?
☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

g) **des Nervensystems**
(z. B. Epilepsie, Krämpfe, Multiple Sklerose, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen)?
☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

323817 09.2012 rp

h) **der Psyche**
(z. B. Depressionen oder sonstige Gemütserkrankungen, chronische Essstörungen, psychosomatische Störungen)? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

i) **der Augen**
(z. B. Sehschwäche (Dioptrien?), Gesichtsfeldeinschränkungen, erhöhter Augeninnendruck, Augenhintergrundveränderungen)? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

j) **der Ohren, Nase**
(z. B. Tinnitus, Mittelohrerkrankungen, Hörsturz)? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

k) **der Haut, Allergien**
(z. B. Psoriasis, Neurodermitis, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Tierhaarallergie)? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

l) **der Wirbelsäule, Bandscheiben, Knochen, Gelenke** (z. B. Hexenschuss, Lumbago, Ischias, Bandscheibenvorfall, Gelenkverschleiß, rheumatische Beschwerden, Hüftdysplasie)? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

m) **in Form von Geschwülsten**
(z. B. Tumoren, Lymphknotenvergrößerungen)? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

n) **in Form von akuten oder chronischen Infektionskrankheiten**
(z. B. Tropenkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, chronische Hepatitis)? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

o) **wegen Unfällen, Verletzungen und/oder Operationen?** ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

p) **Bei Frauen: der Gebärmutter, der Eierstöcke oder Brust?** ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Wann? Wie oft? Wie lange?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

Wann war die letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung?
Untersuchungsergebnis:

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, voraussichtlicher Entbindungstermin?

**Wenn ja, gab es bei vorausgegangenen Schwangerschaften Komplikationen?** ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und weshalb?
Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

2. a) **Nahmen Sie in den letzten 5 Jahren bzw. nehmen Sie regelmäßig Medikamente (ohne Verhütungsmittel) und/oder Beruhigungsmittel?** ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Seit wann? Wie oft? Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

b) **Besteht oder bestand bei Ihnen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch?** ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, was?

Seit wann? Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

c) **Haben Sie ungewollt in den letzten 12 Monaten mehr als 5 kg Gewicht verloren?** ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, weshalb?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

3. a) **Haben Gesundheitsstörungen/Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit bzw. Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen?** ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Seit wann? Wie oft? Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

b) **Bestehen körperliche oder geistige Behinderungen, Geburtsfehler, Verluste oder Schäden an Organen bzw. Körpergliedern, Wirbelsäulenverkrümmungen oder Bandscheibenschäden?** ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, was?

Seit wann?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

c) **Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 4 Wochen arbeitsunfähig?** ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, weshalb?

Wann? Wie oft? Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

d) **Ist eine Operation vorgesehen?** ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche und weshalb?

Wann?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

4. a) **Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch andere Ärzte, Heilkundige, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnasten, Heilpraktiker) untersucht, behandelt oder beraten worden?** ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, weshalb?

Wann? Wie oft? Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

b) **Sind Sie in den letzten 5 Jahren in Krankenhäusern, Rehakliniken, Sanatorien untersucht oder behandelt worden?** ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, weshalb?

Wann? Wie oft? Wie lange?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

c) **Sind Sie in den letzten 5 Jahren mit bildgebenden Verfahren untersucht worden (z. B. Sonographie, Röntgen, CT, Kernspin)?** ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, weshalb?

Wann? Wie oft?

Behandelnde Ärzte/Heilkundige? (mit Anschrift)

5. **Welchen Arzt nehmen Sie gewöhnlich in Anspruch** (Hausarzt)?

## Teil II Untersuchungsbefund

(Reicht der vorgegebene Platz für die Beantwortung nicht aus, verwenden Sie bitte ein Beiblatt)

1. **Haben Sie die zu untersuchende Person in den letzten 5 Jahren bereits ärztlich untersucht, behandelt oder beraten?** ☐ nein ☐ ja — Wenn ja, wann? Wie oft?

Bitte teilen Sie uns Ihnen vorliegende Untersuchungsergebnisse, insbesondere Röntgen-, Sonographie-, EKG- und Laborergebnisse mit bzw. übersenden Sie uns die vorhandenen Befunde, Befundberichte und Berichte von Krankenhäusern, Kuranstalten usw. gegen sofortige Rückgabe zur Einsichtnahme.

Bitte fügen Sie auch einen Krankenblattauszug bei.

Untersuchungsergebnisse:

2. **Wie groß und wie schwer ist die zu untersuchende Person** (ohne Schuhe und Bekleidung)?

Größe: cm Gewicht: kg

3. **Halten Sie Herz- und Kreislaufsystem für gesund?** ☐ nein ☐ ja

Bitte fertigen Sie ein EKG an, teilen uns den Befund und die Beurteilung in freier Form mit und fügen den Original EKG-Streifen bei.

Untersuchungsergebnis:

**Bitte geben Sie Blutdruck und Pulsfrequenz an:**

| | Pulsschläge je Minute | Blutdruck in mm Hg: Systolisch | Diastolisch |
|---|---|---|---|
| a) in Ruhe: | | | |
| b) direkt nach 10 Kniebeugen: | | | |
| c) 2 Minuten danach: | | | |

**Bestehen bei der Untersuchung Hinweise auf …**

a) **eine Herzvergrößerung?** ☐ nein ☐ ja

b) **Herzgeräusche?** ☐ nein ☐ ja

c) **anormale Herztöne, Rhythmusstörungen?** ☐ nein ☐ ja

d) **Insuffizienzzeichen** (Dyspnoe, Ödeme)? ☐ nein ☐ ja — Wenn ja, welche?

e) **Krampfadern** (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)? ☐ nein ☐ ja

f) **arterielle Durchblutungsstörungen (abgeschwächte periphere Pulse, Strömungs- oder Stenosegeräusche)?** ☐ nein ☐ ja — Wenn ja, welche?

4. **Finden Sie bei Ihrer Untersuchung Auffälligkeiten …**

a) **im broncho-pulmonalen System?** ☐ nein ☐ ja — Wenn ja, welche?

b) **im Skelett- und Muskelsystem** (z. B. Arthritis, Kyphose, Skoliose)? ☐ nein ☐ ja — Wenn ja, welche?

c) **bei Haut- und Schleimhäuten?** ☐ nein ☐ ja — Wenn ja, welche?

d) **bei Sinnesorganen?** ☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?

e) **beim Nervensystem** (z. B. Pupillenreaktionen, Reflexe, Lähmungen, Gang) **und der Psyche?** ☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?

f) **beim Hormonsystem** (insbesondere der Schilddrüse)? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?

g) **im Verdauungssystem** (z. B. Lebervergrößerung)? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?

h) **bei den Harn- und Geschlechtsorganen?** ☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?

i) **Sonstiges?** Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde erhoben (z. B. Hernien)? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?

## 5. Aktuelle Laboruntersuchungen

a) **Urinuntersuchung/Streifentest** Eiweiß Zucker Sediment

b) **Blutuntersuchungen:**
Falls aus den letzten 12 Monaten keine Laborbefunde vorliegen, bitten wir um folgende Laborwerte:

- **Kleines Blutbild** (Erythrozyten, Hämatokrit, Hämoglobin, MCV, Leukozyten).
- **PTT. - Cholesterin, - HDL-Cholesterin,**
- **LDL-Cholesterin, - Triglyceride, - Harnsäure,**
- **Kreatinin, - Alkalische Phosphatase, - Gamma-GT,**
- **GOT, - GPT, - HbA1 oder HbA1c, - CRP,**
- **Blutsenkung, - Glucose**

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes