

Hallesche
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart
service@hallesche.de
www.hallesche.de

Erklärung vor dem Arzt mit Untersuchung

- Private Krankenversicherung

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die
„Wichtigen Informationen“ und „Hinweise“
auf der nachfolgenden Seite dieser Erklärung.

Ihr Vermittler

Wichtige Informationen für den Antragsteller/ Anmeldenden bzw. Interessenten und ggf. die zu versichernde Person

Dieser Formularsatz dient der Beantwortung der Gesundheitsfragen Ihres Antrags/Ihrer Anmeldung bzw. Ihrer Angebotsanforderung und enthält gleichzeitig den Vordruck für die ärztliche Untersuchung. Mit dieser Verfahrensweise soll die Antragsannahme/Anmeldung bzw. die Erstellung eines Angebots erleichtert werden. Zum einen lassen sich mit einem ärztlichen Gutachten Fehleinschätzungen über Ihren Gesundheitszustand bereits im Vorfeld ausschließen. Zum anderen ist dies für Sie eine willkommene Gelegenheit, sich wieder einmal von Kopf bis Fuß untersuchen zu lassen: Denn was ist Ihnen mehr wert als die eigene Gesundheit! Sprechen Sie deshalb darüber mit dem Arzt Ihres Vertrauens.

Mit dem Formularsatz, den Sie von Ihrem Ansprechpartner erhalten haben, gehen Sie bitte zu Ihrem (Haus-) Arzt. Mit ihm zusammen füllen Sie dann den Fragebogen sorgfältig aus. Es ist wichtig, dass alle Behandlungen und Untersuchungen, die in den abgefragten Zeiträumen stattgefunden haben, richtig und vollständig angegeben werden. Dies gilt auch für Behandlungen und Untersuchungen, die bei anderen Personen stattgefunden haben, sowie für Erkrankungen und Beschwerden, die Ihres Erachtens unwesentlich sind.

Im Anschluss daran lassen Sie sich bitte von Ihrem Arzt untersuchen, und schicken Sie das ausgefüllte Originalformular so schnell wie möglich - von Ihnen/gegebenenfalls vom Antragsteller/Anmeldenden bzw. vom Interessenten und dem untersuchenden Arzt unterschrieben - an uns zurück.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Soweit die ärztliche Untersuchung nicht obligatorisch ist und im Rahmen einer verbindlichen Antragstellung/Anmeldung (nicht bei einer unverbindlichen Angebotsanforderung) erfolgt, vergüten wir Ihnen für die ärztlichen Leistungen (Beantwortung der Gesundheitsfragen und die ärztliche Untersuchung) eine Honorarforderung bis zur Höhe eines Monatsbeitrags der zu versichernden Person, maximal jedoch bis zu 75,- €.

Die Honorarerstattung erfolgt nach Vorlage der Rechnung und des Vordrucks „Erklärung vor dem Arzt mit Untersuchung“ auf Ihr Konto.

Entbindung von der Schweigepflicht

Sehen Sie dazu die Datenschutzerklärung in Ihrem Antrag/Ihrer Anmeldung bzw. Ihrer Angebotsanforderung.

Hinweis für den Arzt

Ihr Patient hat Sie im Zusammenhang mit einer Antragstellung/Anmeldung bzw. Anforderung eines Angebots auf Krankenversicherungsschutz bei der Hallesche Krankenversicherung mit der Überprüfung seines Gesundheitszustandes betraut.

Der vorliegende Formularsatz dient der hierfür notwendigen Beantwortung der Gesundheitsfragen sowie der im Anschluss daran durchzuführenden Untersuchung.

Bitte gehen Sie mit Ihrem Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter die aufgeführten Fragen durch und tragen Sie die Angaben sorgfältig ein. Achten Sie darauf, dass alle Behandlungen, Untersuchungen oder Beschwerden angegeben werden. Bitte nehmen Sie anschließend entsprechend dem Untersuchungsbericht die ärztliche Untersuchung vor.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Geben Sie das Original und eine Durchschrift Ihrem Patienten, eine weitere Durchschrift ist für Ihre Unterlagen bestimmt.

Antrags/Anmeldung bzw. Angebotsanforderung

Vom Vermittler auszufüllen!	SC	VD	Versicherungs-Nr.	Vermittler-Nr. (bei der Hallesche)	Kunden-Nr. (bei der Hallesche)
------------------------------------	----	----	-------------------	------------------------------------	--------------------------------

Antragsteller/ Anmeldender bzw. Interessent	Zuname/akad. Titel		Vorname	
	Straße			
	NKZ/PLZ	Wohnort		
	Anlage zum Antrag/zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom		Datum	

Zu versichernde/ untersuchende Person	Zuname	
	Vorname	
	Geburtsdatum	

Bitte nicht befragen/untersuchen, falls verwandt oder verschwägert!
Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und von der zu untersuchenden Person oder deren gesetzlichem Vertreter zu beantworten.

Eintrittsalter bei Beginn bzw. Änderung des Versicherungsverhältnisses:

Alter

(Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt oder geändert wird.)

Angaben zum Gesundheitszustand Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen **vollständig und richtig**, und machen Sie Angaben auch dann, wenn Sie eine Erkrankung als alters- oder geschlechtstypisch bzw. harmlos betrachten oder sie schon ausgeheilt ist. Bitte beachten Sie hierzu auch den **„Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“** auf der folgenden Seite.

Bei Vertragsänderungen muss die Frage 2 nur dann beantwortet werden, wenn Rechnungen für Behandlungen und Untersuchungen noch nicht eingereicht wurden oder für eingereichte keine Leistungen gezahlt worden sind. Sie erleichtern und beschleunigen die Prüfung des Antrags/der Anmeldung bzw. der Angebotsanforderung, wenn Sie uns Atteste, Arztberichte oder ähnliche Unterlagen, die sich in Ihrem Besitz befinden und die Ihre Angaben ergänzen, überlassen.

Bitte senden Sie uns aber keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Falls die zu versichernde Person die Angaben hier nicht machen möchte, so kann sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kunden,

damit wir Ihren Antrag/Ihre Anmeldung/Ihre Angebotsanforderung ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand der Hallesche Krankenversicherung in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer

Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Das kann auch zu unserer Leistungsfreiheit für schon eingetretene und künftige Versicherungsfälle führen, falls für diese die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände ursächlich waren. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hallesche
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

VG 13 - 10.25

Größe/cm

Gewicht/kg

- Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Vorsorge- und Routineuntersuchungen sowie Kontrolluntersuchungen wegen Vorerkrankungen oder Entwicklungsstörungen) oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen, die diese durchgeführt haben, statt?
- Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt?
- Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten, durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt?
- Findet derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren eine Untersuchung, Behandlung oder Beratung wegen Sterilität statt oder besteht ein unerfüllter Kinderwunsch (für Männer und Frauen zu beantworten)?
- Ist eine ambulante oder stationäre Untersuchung, Behandlung oder Operation durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen notwendig, angeraten oder beabsichtigt?
- Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden, Abhängigkeiten (z.B. Drogen, Alkohol, Medikamente), körperliche Fehler, psychische Störungen oder bestand Pflegebedürftigkeit?
- Bestehen chronische bzw. dauerhafte oder immer wieder auftretende Beschwerden/Krankheiten, organische oder körperliche Fehler (auch Kieferanomalien), Körperimplantate oder Prothesen (z.B. Brust-implantate oder künstliche Gelenke)?
- Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen Aids-Test)?

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

<p>9. Besteht eine anerkannte Behinderung? Falls „ja“, bitte Kopie des Feststellungsbescheids mit genauer Bezeichnung der Behinderung und Behinderungsgrad beifügen.</p> <p>10. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel - ggf. auch zur reinen Vorbeugung - eingenommen?</p> <p>11. Werden Brillen oder Kontaktlinsen getragen oder wurden diese angeraten oder verordnet? (Dioptrienwerte ab + 8/- 8 bitte angeben.) Bei Fehlsichtigkeit gilt für die jeweilige Person ggf. folgender monatlicher Zuschlag als vereinbart: für Tarif AE: 2,50 €; für Tarif BEa.50/ BEb.50/ BEc.50: 0,85 €; für Tarif BEa.70/ BEb.70/ BEc.70: 1,20 €; für Tarif BEa.80/ BEb.80/ BEc.80: 1,35 €; für Tarif BEb.90/ BEc.90: 1,50 €.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px;">rechts</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px;">links</div>
--	---

<p>Nur für Tarife mit Zahnversicherungsschutz</p>	<p>12. Fanden in den letzten 3 Jahren Untersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen) oder Behandlungen bei einem Zahnarzt statt?</p> <p>13. Werden derzeit Zahnbehandlungen oder kieferorthopädische Maßnahmen, Behandlungen wegen Parodontose/Parodontitis oder Zahnersatz durchgeführt oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? (Sofern vorhanden, bitte Heil- und Kostenplan beifügen.)</p> <p>14. Besteht eine Zahnbetterkrankung (z.B. Parodontose, Parodontitis) oder eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
	<p>Nur für Personen ab Eintrittsalter 16 Jahre:</p>	
	<p>15. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen oder bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind?</p> <p>16. Besteht Zahnersatz (ersetzte oder überkronte Zähne, einschließlich Implantate, Brücken, Kronen, Teilkronen und Prothesen)? (Bei Brücken sind alle betroffenen Zähne einzeln zu zählen, inklusive Anker- bzw. Pfeilerzähne.)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px;">Anzahl Zähne</div> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px;">Anzahl Zähne</div>

Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt/Heilpraktiker kann über Ihren Gesundheitszustand am besten Auskunft geben und bei welchem Zahnarzt fand der letzte Zahnarztbesuch statt?

	Name und Anschrift	keiner vorhanden
Arzt		<input type="checkbox"/>
Zahnarzt		<input type="checkbox"/>

Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen Nr. 1 bis 14

Zu Frage Nr.	Art der Erkrankung oder Beschwerden, Verletzungen, Behandlungen, Kur usw./ Untersuchungsbefunde (bei Vorsorge-, Routine- und Kontrolluntersuchungen bitte die Untersuchungsergebnisse angeben), Art der körperlichen Fehler, psychischen Störungen und der erforderlichen Medikamente?	Wie oft auftreten?	Von wann/ bis wann?	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor?	Seit wann? Tag/Monat/Jahr	Arbeitsunfähigkeitstage gesamt?
				nein ja	nein ja		
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Ärztliche Untersuchung

Der Befund darf nicht durch Ehegatten, Eltern oder Kinder der zu untersuchenden Person erstellt werden.

Ist Ihnen die zu untersuchende Person als Patient bekannt? ☐ ja ☐ nein Tag der Untersuchung: Körpergröße/Gewicht:

Nikotin (Menge):

Alkohol (Menge):

Medikamente (welche?):

Werden Beschwerden geäußert? ☐ nein ☐ ja, welche?

Befunde der ärztlichen Untersuchung

- | | | | |
|----|---|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1. | Liegen Erkrankungen der Wirbelsäule vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen Erkrankungen der Gelenke vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen Erkrankungen der Muskulatur vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen Erkrankungen der Extremitäten vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen Befunde des Bewegungsapparates vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Werden Beschwerden des Bewegungsapparates geäußert? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| 2. | Liegen Erkrankungen der Haut oder Schleimhäute vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| 3. | Liegen Erkrankungen des Kopfes, der Sinnesorgane oder des HNO-Bereiches vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| 4. | Liegen Erkrankungen der Nerven und der Psyche vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen auffällige Reflexe vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen auffällige Muskeleigenreflexe vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen psychische oder neurologische Auffälligkeiten vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| 5. | Liegen Erkrankungen des Hormonsystems vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen Erkrankungen der Schilddrüse vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegt eine Schilddrüsenvergrößerung vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegt eine Unter- oder Überfunktion der Schilddrüse vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Ist eine Schilddrüsentherapie erforderlich? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| 6. | Liegen Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen Herzrhythmusstörungen vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen Herzgeräusche vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen abnorme Herztöne vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen arterielle DBS vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen (Atemnot, Cyanose, Ödeme)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Blutdruck in Ruhe: | Blutdruck nach Belastung: | |
| | Puls in Ruhe: | Puls nach Belastung: | |
| 7. | Liegen Erkrankungen der Thoraxorgane vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen Befunde der Lunge vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen Befunde der Mammæ vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen sonstige Erkrankungen der Thoraxorgane vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| 8. | Liegen Erkrankungen der Verdauungsorgane vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen Befunde der Leber vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen Befunde der Milz vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| | Liegen Befunde des Abdomens (z.B. Bruchpforten, Druckschmerz) vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |

9.	Liegen Erkrankungen der Nieren sowie Harnorgane vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
	Liegen Erkrankungen der Geschlechtsorgane vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
	Liegen Befunde der Prostata vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
	Liegen Befunde der Nieren vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?

10. Aktuelle Laboruntersuchung (Bitte fügen Sie eine Kopie der Laboruntersuchungsergebnisse inklusive der Referenzbereiche bei.)
 Labor (nüchtern): AST (SGOT), ALT (SGPT), Gamma GT, Kreatinin, Harnsäure, Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyzeride, CRP, kleines BB
Für Kinder unter 8 Jahren müssen die Laborwerte nur angegeben werden, wenn sie aus früheren Untersuchungen bekannt sind.

BSG:

Urin (Teststreifen): Eiweiß:	Zucker:	Blut:
Liegen pathologische Werte vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ursache, Therapie und Prognose?
Sofern ein HIV-Test durchgeführt wurde:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wurde eine HIV-Infektion nachgewiesen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

11. Bestehen Allergien?
 Allergietestbefunde:

	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
--	-------------------------------	--------------------------------------

12. Bestehen Hämorrhoiden, Fisteln, Krampfadern, Besenreiservarizen oder Beingeschwüre?

	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
--	-------------------------------	--------------------------------------

13.a Haben wegen der hier erhobenen Befunde bereits Behandlungen stattgefunden?

	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche, wann, wie oft?
--	-------------------------------	---

13.b Halten Sie weitere Untersuchungen oder Behandlungen für erforderlich?

	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wegen?
--	-------------------------------	-------------------------------------

Therapie:

13.c Welche Befunde haben Sie dem Patienten mitgeteilt?

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes