

Ärztlicher Befundbericht

(zwecks Aufnahme ohne Wartezeit)

Herrn/Frau: _____ geb. am: _____

wohnhaft: _____ Vers.-Nummer: _____

I. Vorgeschichte	
1. Welche Angaben wurden über Erkrankungen zur eigenen Person gemacht? - mit Daten -	
2. Wegen welcher o. g. Erkrankungen wurde a) stationäre Behandlung erforderlich? b) eine Operation durchgeführt? c) In welchem Krankenhaus? d) Konnte Malignität ausgeschlossen werden?	
3. Sind Folgen zurückgeblieben, die weiterer Behandlung bedürfen?	
II. Untersuchungsbefund	
1. Körpergewicht mit/ohne Kleidung _____ kg	Körperlänge _____ cm
2. Kopf- und Sinnesorgane	
3. Hals (Tonsillen, Schilddrüse, Lymphdrüsen)	
4. Atmungsorgane mit Lungenbefund	
5. Herz- und Kreislauf a) Wurden krankhafte Veränderungen festgestellt und welcher Art sind diese? b) Blutdruck c) Pulsfrequenz	 systolisch diastolisch

6. Verdauungsorgane einschließlich Bauchorgane		
7. Harn- und Geschlechtsorgane		Urinbefund Eiweiß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zucker: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Nervensystem (einschließlich psychisches Verhalten, Neurosen und vegetative Regulation)		
9. Bewegungsapparat (einschließlich Wirbelsäule, Arthrosen, Rheumatismus und Ischias-Neuralgien)		
Bestehen Krampfadern, Beingeschwüre, Hämorrhoiden?		
10. Welche krankhaften Befunde wurden außerdem festgestellt?		
11. Zusatzfragen für weibliche Personen: a) Bestehen Unterleibserkrankungen, ggf. welche? b) Bestehen Brusterkrankungen, ggf. welche?		
12. a) Bestehen Kieferanomalien? b) Besteht eine Parodontose?		
13. Wie ist die Prognose hinsichtlich behandlungsbedürftiger Erkrankungen?		

Anmerkung: Die Kosten für diesen Befundbericht trägt die zu untersuchende Person.

Es wird um direkte Übersendung des Befundberichtes gebeten an: **Landeskrankenhilfe V.V.a.G., 21332 Lüneburg**

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes