

## Ärztlicher Untersuchungsbericht

Der Untersuchungsbericht darf nicht durch Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner, Eltern oder Kinder der zu untersuchenden Person erstellt werden. Die Kosten der Untersuchung und Berichterstellung trägt der Antragsteller.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu.

Wir möchten Sie jedoch bitten, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen der Patientin/des Patienten anzuzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Bitte senden Sie uns keine Informationen, die älter als 10 Jahre sind.

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Eingangsstempel des DG \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Antragsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Antragsnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Vermittlernummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vermittlername \_\_\_\_\_

1.1 Bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten oder Unfallfolgen?

nein  ja, welche, Behandlungszeitraum und bei wem in Behandlung?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.2 Wurden in den letzten 3 Jahren wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen?

nein  ja, welche und weswegen?

\_\_\_\_\_

1.3 Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte oder ambulante Operationen statt?

nein  ja, welche und weswegen?

\_\_\_\_\_

2.1 Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?

nein  ja

\_\_\_\_\_

2.2 Bestand in den letzten 10 Jahren eine bösartige Tumorerkrankung?

nein  ja, welcher Art

\_\_\_\_\_

2.3 Wurde eine zielgerichtete Untersuchung eingeleitet, deren Ergebnis noch nicht bekannt ist (z.B. durch einen Aids-Test)?

nein  ja

\_\_\_\_\_

3. Größe/Gewicht

cm \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_

### Für Personen unter 16 Jahren

4. Halten Sie das Kind für gesund und ist es frei von Missbildungen (auch Kieferanomalien und Zahnfehlstellungen)?

ja  nein, was liegt vor?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.1 Welche diagnostischen Maßnahmen sind evtl. notwendig, ggf. weswegen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.2 Welche Behandlungen sind derzeit erforderlich oder wurden angeraten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Für Personen über 16 Jahren**

4.3 Anschrift des behandelnden Arztes oder/und Zahnarztes:

---

---

5. Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?

ja  nein, was liegt vor?

---

---

6. Halten Sie Herz und Kreislauf für gesund?

ja  nein, was liegt vor?

---

---

6.1 Blutdruck:

In Ruhe, systolisch                      diastolisch

---

7. Halten Sie die Bauchorgane einschließlich der Harn- und Geschlechtsorgane für gesund?

ja  nein, was liegt vor?

---

---

7.1 Urin:

frisch gelassen, Eiweiß              Zucker              Sediment

---

8. Halten Sie das Knochensystem und die Gelenke für gesund?

ja  nein, was liegt vor?

---

---

9. Halten Sie das Nervensystem für gesund und ist das psychische Verhalten unauffällig?

ja  nein, was liegt vor?

---

---

10. Liegen sonstige Abweichungen oder krankhafte Veränderungen vor?

nein  ja, was liegt vor?

---

---

11. Sind evtl. weitere diagnostische Maßnahmen notwendig?

nein  ja, welche und weswegen?

---

---

12. Sind Behandlungen derzeit erforderlich bzw. angeraten?

nein  ja, Art und Umfang:

---

---

13. Anschrift des behandelnden Arztes:

---

---

13.1 Wer ist der Hausarzt?

---

---