

# Arztauskunft über anamnestisch bekannte Daten

entsprechend dem Übereinkommen mit der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer

Wir bitten Sie, für unseren nachstehend angeführten Kunden um Informationen über die bei Ihnen aufliegenden Daten zu bekannten Erkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen und Behandlungen.

Herrn/Frau \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| Seit wann steht die betreffende Person in Ihrer ärztlichen Betreuung?   |  |
| <p>Welche <b>Erkrankungen</b> bzw. <b>Gesundheitsstörungen</b> sind Ihnen bekannt?</p> <p>Bitte geben Sie auch den Zeitraum bekannt. Sollten Sie Befunde haben, sind wir Ihnen für eine Kopie sehr dankbar.</p> <p>Welche <b>RR-Werte</b> wurden zuletzt gemessen? Wann?</p> <p><b>Speziell</b> gilt unsere Anfrage folgender Erkrankung:</p> |  |
| <p>Welche <b>Medikamente</b> sind verordnet bzw. empfohlen?</p> <p>(Dosierung)</p>  |  |
| <p>Welche sonstigen <b>Behandlungen</b> oder <b>Therapien</b> wurden verordnet oder angeraten?</p>  |  |
| <p>Waren <b>Operationen</b> oder <b>andere Behandlungen</b> in einem <b>Krankenhaus</b>, Sanatorium oder einer sonstigen Heilstätte notwendig oder angezeigt?</p> <p>Welche?</p> <p>(Heilstätte, Zeitraum)</p>  |  |
| <p>Wurden auch andere Ärzte zu Rate gezogen bzw. haben Sie den Patienten an andere Ärzte überwiesen? (Bitte Name und Adresse) Weshalb?</p>  |  |
| <p>Sind Ihnen <b>Risikofaktoren</b> aus der Lebensweise bekannt (z.B.: <b>Übergewicht</b>, <b>Nikotin</b>, <b>Alkohol</b>-, oder Drogenabusus)?</p> <p>Wir bitten Sie, soweit bekannt, zumindest das ungefähre Ausmaß anzugeben!</p>  |  |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Arztstempel und Unterschrift

Honorar lt. Vereinbarung mit der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer bitte überweisen an

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut / Bankleitzahl / Kontonummer

# GROSSER UNTERSUCHUNGSBEFUND

entsprechend dem Übereinkommen mit der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer

zu versichernde Person

Herr/Frau \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Beruf, ggf. auch Nebenberuf

\_\_\_\_\_  
(Bitte genaue Angaben über die Beschäftigung)

Fam.Stand \_\_\_\_\_

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

| <b>1. Wie alt sind Ihre Eltern? Falls verstorben: Woran? In welchem Alter?</b>   |   |                          |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
|--|---|--------------------------|-------------------------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Vater: _____   | _____   |                          |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| Mutter: _____  | _____   |                          |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| Sind bei Eltern oder Geschwistern Herz- oder Gefäßerkrankungen, Geistes- oder Nervenkrankheiten, Selbstmord, bösartige Tumore oder Zuckerkrankheit vorgekommen?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche? Bei wem? _____  |   |                          |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| <b>2. Haben oder hatten Sie Krankheiten, Störungen oder Beschwerden</b>  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">a) des <b>Herzens</b> oder der <b>Kreislauforgane</b>, z.B. einen Herzfehler (angeboren oder erworben?), Angina pectoris, coronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen (in welchem Bereich?), erhöhten Blutdruck, Venenentzündung, Embolie, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Atemnot bei Belastung, Herzrhythmusstörungen?</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">b) der <b>Atmungsorgane</b>, z.B. wiederholte oder längerdauernde Bronchitis, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma oder Erkrankung des Kehlkopfes?</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">c) der <b>Verdauungsorgane</b>, (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?</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">d) der <b>Harn- oder Geschlechtsorgane</b>, der Prostata, der Hoden oder Nebenhoden, z.B. ein Steinleiden, Nieren-, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, blutigen Harn, Eiwissausscheidung, Nierenkoliken?</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">e) der <b>Nerven, des Gehirns oder Rückenmarks</b>, z.B. Epilepsie, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Lähmungen, Schwindel oder häufige Kopfschmerzen?</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">f) der <b>Psyche</b>, z.B. Depressionen, Selbstmordversuche oder Psychosen?</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">g) der <b>Sinnesorgane</b>, wie der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit) oder der Augen (z.B. Herabsetzung der Sehschärfe: Dioptrienzahl re.+/- _____ li.+/- _____)?</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">h) der <b>Haut</b>, z.B. Geschwüre, Ekzeme, Psoriasis, Allergien, Neurodermitis oder Pilzkrankungen?</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">i) des <b>Bewegungsapparates</b> (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder und Sehnen), z.B. Rücken-, Nacken- oder Schulterbeschwerden?</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">j) des <b>Stoffwechsels</b> oder des <b>Blutes</b>, z.B. Zuckerkrankheit, Störung des Fettstoffwechsels (z.B. Cholesterin, Triglyceride), Gicht (Harnsäure), Schilddrüsen-, Drüsen- oder Hormonstörungen, Anämie oder Veränderungen des roten oder weißen Blutbildes?</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">k) <b>Tumore</b> (gutartig/bösartig) oder <b>Lymphknotenschwellungen</b>, abnormen Gewichtsverlust?</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">l) <b>rheumatische Beschwerden</b>?</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">m) des <b>Immunsystems, Allergien</b> oder <b>Infektionen</b> (akute oder chronische), z.B. Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten (z.B. HIV-Infektion, AIDS)?</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">n) <b>sonstige Krankheiten, Gebrechen oder Beschwerden nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?</b></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">o) <b>bei Frauen außerdem:</b><br/>Erkrankungen der Brüste oder Unterleibsorgane?<br/>Besteht Schwangerschaft?<br/>In welchem Monat? _____</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |                          | Nein                                | Ja | a) des <b>Herzens</b> oder der <b>Kreislauforgane</b> , z.B. einen Herzfehler (angeboren oder erworben?), Angina pectoris, coronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen (in welchem Bereich?), erhöhten Blutdruck, Venenentzündung, Embolie, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Atemnot bei Belastung, Herzrhythmusstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) der <b>Atmungsorgane</b> , z.B. wiederholte oder längerdauernde Bronchitis, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma oder Erkrankung des Kehlkopfes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c) der <b>Verdauungsorgane</b> , (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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d) der <b>Harn- oder Geschlechtsorgane</b> , der Prostata, der Hoden oder Nebenhoden, z.B. ein Steinleiden, Nieren-, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, blutigen Harn, Eiwissausscheidung, Nierenkoliken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e) der <b>Nerven, des Gehirns oder Rückenmarks</b> , z.B. Epilepsie, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Lähmungen, Schwindel oder häufige Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f) der <b>Psyche</b> , z.B. Depressionen, Selbstmordversuche oder Psychosen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g) der <b>Sinnesorgane</b> , wie der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit) oder der Augen (z.B. Herabsetzung der Sehschärfe: Dioptrienzahl re.+/- _____ li.+/- _____)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h) der <b>Haut</b> , z.B. Geschwüre, Ekzeme, Psoriasis, Allergien, Neurodermitis oder Pilzkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i) des <b>Bewegungsapparates</b> (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder und Sehnen), z.B. Rücken-, Nacken- oder Schulterbeschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j) des <b>Stoffwechsels</b> oder des <b>Blutes</b> , z.B. Zuckerkrankheit, Störung des Fettstoffwechsels (z.B. Cholesterin, Triglyceride), Gicht (Harnsäure), Schilddrüsen-, Drüsen- oder Hormonstörungen, Anämie oder Veränderungen des roten oder weißen Blutbildes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k) <b>Tumore</b> (gutartig/bösartig) oder <b>Lymphknotenschwellungen</b> , abnormen Gewichtsverlust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l) <b>rheumatische Beschwerden</b> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | m) des <b>Immunsystems, Allergien</b> oder <b>Infektionen</b> (akute oder chronische), z.B. Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten (z.B. HIV-Infektion, AIDS)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | n) <b>sonstige Krankheiten, Gebrechen oder Beschwerden nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | o) <b>bei Frauen außerdem:</b><br>Erkrankungen der Brüste oder Unterleibsorgane?<br>Besteht Schwangerschaft?<br>In welchem Monat? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Nein  | Ja                       |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| a) des <b>Herzens</b> oder der <b>Kreislauforgane</b> , z.B. einen Herzfehler (angeboren oder erworben?), Angina pectoris, coronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen (in welchem Bereich?), erhöhten Blutdruck, Venenentzündung, Embolie, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Atemnot bei Belastung, Herzrhythmusstörungen? | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| b) der <b>Atmungsorgane</b> , z.B. wiederholte oder längerdauernde Bronchitis, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma oder Erkrankung des Kehlkopfes?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| c) der <b>Verdauungsorgane</b> , (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?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| d) der <b>Harn- oder Geschlechtsorgane</b> , der Prostata, der Hoden oder Nebenhoden, z.B. ein Steinleiden, Nieren-, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, blutigen Harn, Eiwissausscheidung, Nierenkoliken?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| e) der <b>Nerven, des Gehirns oder Rückenmarks</b> , z.B. Epilepsie, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Lähmungen, Schwindel oder häufige Kopfschmerzen?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| f) der <b>Psyche</b> , z.B. Depressionen, Selbstmordversuche oder Psychosen?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| g) der <b>Sinnesorgane</b> , wie der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit) oder der Augen (z.B. Herabsetzung der Sehschärfe: Dioptrienzahl re.+/- _____ li.+/- _____)?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| h) der <b>Haut</b> , z.B. Geschwüre, Ekzeme, Psoriasis, Allergien, Neurodermitis oder Pilzkrankungen?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| i) des <b>Bewegungsapparates</b> (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder und Sehnen), z.B. Rücken-, Nacken- oder Schulterbeschwerden?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| j) des <b>Stoffwechsels</b> oder des <b>Blutes</b> , z.B. Zuckerkrankheit, Störung des Fettstoffwechsels (z.B. Cholesterin, Triglyceride), Gicht (Harnsäure), Schilddrüsen-, Drüsen- oder Hormonstörungen, Anämie oder Veränderungen des roten oder weißen Blutbildes?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| k) <b>Tumore</b> (gutartig/bösartig) oder <b>Lymphknotenschwellungen</b> , abnormen Gewichtsverlust?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| l) <b>rheumatische Beschwerden</b> ?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| m) des <b>Immunsystems, Allergien</b> oder <b>Infektionen</b> (akute oder chronische), z.B. Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten (z.B. HIV-Infektion, AIDS)?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| n) <b>sonstige Krankheiten, Gebrechen oder Beschwerden nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?</b>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| o) <b>bei Frauen außerdem:</b><br>Erkrankungen der Brüste oder Unterleibsorgane?<br>Besteht Schwangerschaft?<br>In welchem Monat? _____  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| <b>3. Erläuterungen zu 2. (soweit anamnestisch erhebbar):</b>  |   |                          |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| Art (Diagnose) der Erkrankungen<br>Störungen oder Beschwerden:   | Von wann<br>bis wann?   | Wie oft?                 | Behandelnde Ärzte<br>mit Anschrift: |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| .....  |   |                          |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| .....  |   |                          |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| .....  |   |                          |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| .....  |   |                          |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |
| .....  |   |                          |                                     |    |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |

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

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

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 ermächtige ..... ausdrücklich, 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 |
|-------|--|



Bei „Ja“ bitte nähere Angaben!

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

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 S \_\_\_\_\_ angew. am \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Arztstempel und Unterschrift \_\_\_\_\_