



<p>3. 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>Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht?</b> 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-</b> bzw. <b>Suchtmittel- oder Drogenmissbrauch?</b></p>	<p><b>Nein Ja</b></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>4. 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><b>Nein Ja</b></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) 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><b>Nein Ja</b></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>6. a) Wurde ein Elektrokardiogramm aufgenommen? Ergometrie? 24-h-EKG, 24-h-RR-Messung? ERGEBNIS? (Falls EKG-Streifen und/oder Befundbericht vorhanden sind, überlassen Sie uns diese bitte leihweise)</p> <p>b) Wurden <b>Röntgen-, Computertomographie-,</b> oder andere <b>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><b>Nein Ja</b></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>7. 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><b>Nein Ja</b></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>8. 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>9. Von welchen anderen Ärzten, Psychologen oder anderen Therapeuten - außer den bereits genannten - wurden Sie in den letzten 5 Jahren untersucht, beraten oder behandelt? 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
-------	--

## II. Untersuchungsbefund

Haben Sie die zu versichernde Person bereits früher untersucht, beraten oder behandelt? Wenn nicht, wodurch wurde die <b>Identität</b> festgestellt? (Art des Ausweises)	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>Wann und weswegen?</b>
Sind Sie mit der zu versichernden Person verwandt oder verheiratet?	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	(Siehe den Hinweis auf der ersten Seite!)

<b>1. Körpermaße:</b>	Größe: _____ cm
	Gewicht: _____ kg      Bauchumfang: _____ cm
	<b>Konstitutionstyp:</b> <input type="checkbox"/> athletisch <input type="checkbox"/> leptosom <input type="checkbox"/> adipös <input type="checkbox"/> Mischtyp
Macht die zu untersuchende Person einen altersentsprechenden, gesunden und frischen Eindruck?	<b>Nein</b> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Bei „Ja“ bitte nähere Angaben**

<b>2. Bestehen Anomalien des <b>Skeletts</b> bzw. des <b>Bewegungsapparates</b>?</b> Wenn ja, welche Leiden liegen vor?	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	
<b>3. Bestehen Krankheiten der <b>Haut</b> bzw. der <b>Schleimhäute</b>?</b> Wenn ja, welches Leiden liegt vor?	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	
<b>4. Bestehen Krankheiten der <b>Sinnesorgane</b>?</b> Wenn ja, welches Leiden liegt vor?	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	
<b>5. Nervensystems</b> Sind neurologische Störungen wie z. B. Ataxie, Koordinationsstörungen, Lähmungen, Merkstörungen oder Sprachauffälligkeiten erkennbar? Liegen Sensibilitätsstörungen vor? Wenn ja, welche Abweichung liegt vor?	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	
<b>6. Psyche</b> Sind psychische Auffälligkeiten erkennbar wie z. B. unangemessene Stimmungslage, Tics, sonstige Verhaltensauffälligkeiten oder gibt es Hinweise auf aktuelle Belastungssituationen oder Konflikte? Wenn ja, welche Abweichung liegt vor?	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	
<b>7. Bestehen Krankheiten des <b>Hormonsystems</b> (z. B. Schilddrüse) oder des <b>Stoffwechsels</b> (z. B. Diabetes mellitus, Gicht, Hyperlipidämie)?</b> Wenn ja, welches Leiden liegt vor? (anamnestisch)	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	
<b>8. Herz und Kreislauf</b>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	
a) Ist eine Herzvergrößerung feststellbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Sind die Herztöne rein und normal betont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Bestehen Herzgeräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Wurde eine kardiologische Abklärung empfohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Pulsfrequenz und Blutdruck Bei erhöhten Blutdruckwerten bitte nach der Untersuchung nochmals messen. Falls bekannt, welche Blutdruckwerte wurden in den letzten 12 Monaten gemessen? Bitte Datum und Wert angeben			Blutdruck in mmHg systol.      diastol. _____ / _____ Puls 2. Blutdruckmessung _____ / _____
f) Ist der Puls in Ruhe gleich und regelmäßig? Bei Extrasystolen: Wie viel in der Minute? Vereinzelt oder gehäuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Bestehen Insuffizienz- bzw. Dekompensationserscheinungen (Atemnot, Cyanose, Ödeme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) Sind die Arterienpulse normal palpabel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) Ist die Karotisauskultation normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) Sind Krampfadern vorhanden (Stärke, Ausdehnung)? Geschwüre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) Können Sie zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Liegt eine Erkrankung vor?</b> Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bei „Ja“ bitte nähere Angaben!

<b>9. Atmungsorgane</b>	Nein	Ja
a) Besteht Heiserkeit? Husten? Wenn ja, seit wann, Ursache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bestehen Auffälligkeiten des Brustkorbes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bestehen Auffälligkeiten der Perkussion oder/und Auskultation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bestehen Erkrankungen der Atmungsorgane? Wenn ja, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>10. Verdauungsorgane</b>	Nein	Ja
a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Gebiss, Rachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bestehen Auffälligkeiten bei der Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bestehen Erkrankungen des Bauchraumes? Wenn ja, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>11. Harn- und Geschlechtsorgane</b>	Nein	Ja
a) Harnuntersuchung: Wurde der Harn anlässlich der Untersuchung entleert?  Enthält der Harn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eiweiß _____ Zucker _____ Blut _____ Nitrit _____ Leukozyten _____ Urobilinogen _____	
b) Liegen zum Zeitpunkt der Harnabgabe akute Beschwerden vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bestehen Erkrankungen der Harnorgane? Wenn ja, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bestehen Erkrankungen der Geschlechtsorgane (Bei Frauen insbesondere auch Erkrankungen der Brüste)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bei Frauen:</b> Aktuelle Schwangerschaft? Normaler Verlauf? Besteht zum Zeitpunkt der Harnabgabe die Menstruation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>12. Sonstiges</b>	Nein	Ja
a) Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde (z. B. Allergien, Lymphknotenschwellungen, Erkrankungen des Blutes oder des Immunsystems etc.) erhoben? Wenn Ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Halten Sie andere, bisher nicht erwähnte Umstände für mitteilenswert? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Halten Sie es für zweckmäßig, den Befund des Hausarztes oder eines anderen Arztes einzuholen? Wenn ja, von welchem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Welche ergänzenden Untersuchungen schlagen Sie vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Haben Sie weitere Maßnahmen veranlasst oder empfohlen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BEMERKUNGEN (z. B. zu Compliance bei Therapiemaßnahmen, Untersuchung, veranlasste oder empfohlene Maßnahmen):

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, siehe Seite1 und beträgt € 191,93 (Stand Jänner 2024).

IBAN:		BIC:	
-------	--	------	--

Honorar € _____ angew. am _____	Datum _____	Arztstempel und Unterschrift
---------------------------------	-------------	------------------------------