

<p>3. a) Nahmen oder nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja: Welche? Wieviel pro Tag derzeit bzw. bis wann?</p> <p>b) Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? Wenn ja: Was? Wieviel? Seit Wann?</p> <p>c) Nahmen oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente (insbesondere Herz-, Gefäßmedikamente, Blutzucker oder Blutdruck senkende Mittel) Welche? Dosis? Seit bzw. bis wann?</p> <p>d) Bestand oder besteht Medikamenten- bzw. Suchtmittel- oder Drogenmissbrauch?</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>4. a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welcher Art? Welche Folgen bestehen?</p> <p>b) Beantragten, beziehen oder bezogen Sie eine Rente Prozentsatz der MDE? Begründung des Rentenbescheides?</p> <p>c) Sind Sie krankheitshalber vorzeitig in den Ruhestand 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>5. a) Sind Sie operiert worden?</p> <p>b) Ist eine Operation vorgesehen?</p> <p>c) Erfolgten Behandlungen mit Röntgen-, Isotopen-, oder sonstigen radioaktiven Strahlen oder Chemotherapien?</p> <p>d) Mussten Sie andere Behandlungen, 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>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 Röntgen-, Computertomographie-, oder andere bildgebende bzw. nuklearmedizinische Untersuchungen durchgeführt? ERGEBNIS?</p> <p>c) Wurden Labor- oder sonstige Untersuchungen durchgeführt, die bisher nicht angegeben sind? Welche? ERGEBNIS?</p> <p>d) Haben Sie jemals einen HIV-Test 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>7. a) Sind Sie sonst in einem Krankenhaus untersucht oder behandelt worden? Wo? Weshalb?</p> <p>b) Hatten Sie Kuraufenthalte? Entziehungskuren? Wo? Weshalb?</p> <p>c) Waren Sie in einem Rehabilitationszentrum? 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>8. Welchen Arzt nehmen Sie für gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt) 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 Identität festgestellt? (Art des Ausweises)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Wann und weswegen?
Sind Sie mit der zu versichernden Person verwandt oder verheiratet?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	(Siehe den Hinweis auf der ersten Seite!)
1. Körpermaße: Macht die zu untersuchende Person einen altersentsprechenden, gesunden und frischen Eindruck?	Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Bauchumfang: _____ cm Konstitutionstyp: <input type="checkbox"/> athletic <input type="checkbox"/> leptosom <input type="checkbox"/> adipös <input type="checkbox"/> Mischtyp Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Bei „Ja“ bitte nähere Angaben		
2. Bestehen Anomalien des Skeletts bzw. des Bewegungsapparates ? Wenn ja, welche Leiden liegen vor?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
3. Bestehen Krankheiten der Haut bzw. der Schleimhäute ? Wenn ja, welches Leiden liegt vor?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
4. Bestehen Krankheiten der Sinnesorgane ? Wenn ja, welches Leiden liegt vor?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
5. Nervensystems Sind neurologische Störungen wie z. B. Ataxie, Koordinationsstörungen, Lähmungen, Merkstörungen oder Sprachauffälligkeiten erkennbar? Liegen Sensibilitätsstörungen vor? Wenn ja, welche Abweichung liegt vor?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
6. Psyche 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?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
7. Bestehen Krankheiten des Hormonsystems (z. B. Schilddrüse) oder des Stoffwechsels (z. B. Diabetes mellitus, Gicht, Hyperlipidämie)? Wenn ja, welches Leiden liegt vor? (anamnestisch)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
8. Herz und Kreislauf a) Ist eine Herzvergrößerung feststellbar? b) Sind die Herztonne rein und normal betont? c) Bestehen Herzgeräusche? d) Wurde eine kardiologische Abklärung empfohlen? 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 f) Ist der Puls in Ruhe gleich und regelmäßig? Bei Extrasystolen: Wie viel in der Minute? Vereinzelt oder gehäuft? g) Bestehen Insuffizienz- bzw. Dekompensationserscheinungen (Atemnot, Cyanose, Ödeme)? h) Sind die Arterienpulse normal palpabel? i) Ist die Karotisauskultation normal? j) Sind Krampfaderen vorhanden (Stärke, Ausdehnung)? Geschwüre? k) Können Sie zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen? Welche? Liegt eine Erkrankung vor? Wenn ja, welche?	Nein <input type="checkbox"/> 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"/>	Blutdruck in mmHg systol. diastol. Puls / 2. Blutdruckmessung _____ / _____

Bei „Ja“ bitte nähere Angaben!

9. Atmungsorgane a) Besteht Heiserkeit? Husten? Wenn ja, seit wann, Ursache? b) Bestehen Auffälligkeiten des Brustkorbes? c) Bestehen Auffälligkeiten der Perkussion oder/und Auskultation? d) Bestehen Erkrankungen der Atmungsorgane? Wenn ja, welches Leiden liegt vor?	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nein</th> <th style="text-align: left;">Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	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"/>				
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"/>														
10. Verdauungsorgane a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Gebiss, Rachen? b) Bestehen Auffälligkeiten bei der Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauches? c) Bestehen Erkrankungen des Bauchraumes? Wenn ja, welches Leiden liegt vor?	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nein</th> <th style="text-align: left;">Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Nein	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Nein	Ja														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
11. Harn- und Geschlechtsorgane a) Harnuntersuchung: Wurde der Harn anlässlich der Untersuchung entleert? Enthält der Harn: Eiweiß _____ Zucker _____ Blut _____ Nitrit _____ Leukozyten _____ Urobilinogen _____ b) Liegen zum Zeitpunkt der Harnabgabe akute Beschwerden vor? c) Bestehen Erkrankungen der Harnorgane? Wenn ja, welches Leiden liegt vor? d) Bestehen Erkrankungen der Geschlechtsorgane (Bei Frauen insbesondere auch Erkrankungen der Brüste)? Bei Frauen: Aktuelle Schwangerschaft? Normaler Verlauf? Besteht zum Zeitpunkt der Harnabgabe die Menstruation?	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nein</th> <th style="text-align: left;">Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	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"/>
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"/>														
12. Sonstiges 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? b) Halten Sie andere, bisher nicht erwähnte Umstände für mitteilenswert? Wenn ja, welche? c) Halten Sie es für zweckmäßig, den Befund des Hausarztes oder eines anderen Arztes einzuholen? Wenn ja, von welchem? d) Welche ergänzenden Untersuchungen schlagen Sie vor? e) Haben Sie weitere Maßnahmen veranlasst oder empfohlen? Wenn ja, welche?	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nein</th> <th style="text-align: left;">Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	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"/>		
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"/>														
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 Seite 1 und beträgt € 182,10 (Stand Jänner 2023).

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

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