



<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
-------	--



Bei „Ja“ bitte nähere Angaben!

<b>9. Atmungsorgane</b> 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 border="1" 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"/>																		
<b>10. Verdauungsorgane</b> 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 border="1" 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"/>																		
<b>11. Harn- und Geschlechtsorgane</b> a) Harnuntersuchung: Wurde der Harn anlässlich der Untersuchung entleert?  Enthält der Harn:  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)?  <b>Bei Frauen:</b> Aktuelle Schwangerschaft? Normaler Verlauf? Besteht zum Zeitpunkt der Harnabgabe die Menstruation?	<table border="1" 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 colspan="2">Eiweiß _____ Zucker _____ Blut _____ Nitrit _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Leukozyten _____ Urobilinogen _____</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"/>	Eiweiß _____ Zucker _____ Blut _____ Nitrit _____		Leukozyten _____ Urobilinogen _____		<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"/>																		
Eiweiß _____ Zucker _____ Blut _____ Nitrit _____																			
Leukozyten _____ Urobilinogen _____																			
<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"/>																		
<b>12. Sonstiges</b> 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 border="1" 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 <b>krankhafte Befunde</b> 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 € 158,20 (Stand Jänner 2021).

IBAN: <input style="width: 90%;" type="text"/>	BIC: <input style="width: 90%;" type="text"/>
--	---

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