

# Untersuchungsbefund

zu versichernde Person: Herrn/Frau

#### Das Honorar zahlt das Versicherungsunternehmen

Auf Basis der Vereinbarung der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer mit dem Verband der Versicherungsunter nehmen Österreichs, Sektion Lebensversicherung, namens und auftrags der die Lebensversicherung betreibenden Mitgliedsuntemehmen, siehe Liste als integrierender Bestandteil der Vereinbarung: http://www.vvo.at.

Vorname(n)

Wo	hnadresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)				Beruf (bitte genaue Angaben über die Beschäftigung)		
Bei b lede	klärungen der zu versichernden Person vor dem Arzt lestehendem Verwandtschaftsverhältnis des Arztes zu der z der nachstehenden Fragen bitte einzeln beantworten, das n Sie zeitraubende Rückfragen zu vermeiden. Danke!				Person die Untersuchung bitte nicht durchführen! izen und bei "Ja" bitte näher erläutern. Durch sorgfältige Bea	antwort	ung
1.	Haben oder hatten Sie Krankheiten, Störungen oder Beschwerden	Nein	Ja			Nein	Ja
á	a) des Herzens oder der Kreislauforgane, z.B. einen Herzfehler (angeboren oder erworben?), Angina pecto- ris, koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Durchblu-				<ul> <li>Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?</li> <li>Wurden oder werden Psychopharmaka verordnet?</li> </ul>		
	tungsstörungen (in welchem Bereich?), erhöhten Blut- druck, Venenentzündung, Embolie, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzleistungs-			g)	der <b>Sinnesorgane</b> , wie der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit) oder der Augen (z.B. Herabsetzung der Sehschärfe:		
	schwäche oder Atemnot bei Belastung, Herzrhythmus- störungen?				Dioptrienzahl re.+/]?		
k	o) der <b>Atmungsorgane</b> , z.B. wiederholte oder länger dauernde Bronchitis, Lungenentzündung, Rippenfell-			h)	der <b>Haut</b> , z.B. Geschwüre, Ekzeme, Psoriasis, Allergien, Neurodermitis oder Pilzerkrankungen?		
(	entzündung, Asthma , Erkrankung des Kehlkopfes oder Schlafapnoe?  b) der Verdauungsorgane (Leber, Gallenblase, Magen,			i)	des <b>Bewegungsapparates</b> (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder und Sehnen), z.B. Rücken-, Nacken- oder Schulterbeschwerden, Knieoder Hüftgelenksbeschwerden?		
	Darm)? Z.B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallenstein, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenentzündung, Gastritis, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, länger andauernder Durchfall oder Verstopfung			j)	des Stoffwechsels oder des Blutes, z.B. Zuckerkrankheit, Störung des Fettstoffwechsels (z.B. Cholesterin, Triglyceride), Gicht (Harnsäure), Schilddrüsen-, Drüsenoder Hormonstörungen, Anämie oder andere Veränderungen des Blutbildes?		
C	der Harn- oder Geschlechtsorgane, der Prostata, der Hoden oder Nebenhoden, z.B. ein Steinleiden, Nie- ren-, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, blu- tigen Harn, Eiweißausscheidung, Nierenkoliken?			k)	Tumore (gutartig/bösartig) oder Lymphknotenschwellungen, abnormen Gewichtsverlust?		
	tigon nam, zmonadaconolidang, moromolimon	Ч		I)	rheumatische Beschwerden?		
6	e) der Nerven, des Gehirns oder Rückenmarks, z.B. Epilepsie, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Lähmungen, Schwindel, Bewusstseinsstörungen, Ohnmachten, Migräne oder häufige Kopfschmerzen?			m)	des Immunsystems, Allergien oder Infektionen (akute oder chronische), z.B. Tuberkulose oder Geschlechts-krankheiten (z.B. HIV-Infektion, AIDS)?		
f	) der <b>Psyche</b> , z.B. Depressionen, Burn-out Syndrom, Angststörungen, Zwangsstörungen, Neurose, Persön-			n)	sonstige Krankheiten, Gebrechen oder Beschwerden nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?		
	lichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Psychosen, Schizophrenien, Essstörungen, Schmerzsyndrome, psychosomatische Störungen, Selbstmordversuche?			o)	bei Frauen außerdem: Erkrankungen der Brüste oder Unterleibsorgane? Besteht Schwangerschaft? In welchem Monat?		

2.	2. Erläuterungen zu 2. (soweit anamnestisch erhebbar):						
		(Diagnose) der Erkrankungen Von wann bis wann?			Wie oft?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift:	
				Bei "Ja'		u Diagnose und Behandlungen andelnde Ärzte mit Anschrift.	
3.	a)	Nahmen oder nehmen Sie regelmäßig <b>alkoholische Getränke</b> zu sich? Wenn ja: Welche? Wieviel pro Tag derzeit bzw. bis wann?	Nein	Ja	Warm. Weshalb. Bene	and the Alzto Internsonna	
	b)	<b>Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht</b> ? Wenn ja: Was? Wieviel? Seit Wann?					
	c)	Nahmen oder nehmen Sie regelmäßig <b>Medikamente</b> ? (insbesondere Herz-, Gefäßmedikamente, Blutzucker oder Blutdruck senkende Mittel) Welche? Dosis? Seit bzw. bis wann?					
	d)	Bestand oder besteht <b>Medikamenten-</b> bzw. <b>Suchtmittel- oder Drogenmissbrauch</b> ?					
4.	a)	Haben Sie <b>Unfälle, Verletzungen</b> oder <b>Vergiftungen</b> erlitten? Welcher Art? Welche Folgen bestehen?	Nein	Ja □			
	b)	Beantragten, beziehen oder bezogen Sie eine <b>Rente</b> ? Prozentsatz der MDE? Begründung des Rentenbescheides?					
	c)	Sind Sie krankheitshalber vorzeitig in den Ruhestand versetzt?					
5.	a)	Sind Sie operiert worden?	Nein	Ja □			
	b)	Ist eine Operation vorgesehen?					
	c)	Erfolgten Behandlungen mit <b>Röntgen-, Isotopen-</b> , oder sonstigen radioaktiven Strahlen oder Chemotherapien?					
	d)	Mussten Sie <b>andere Behandlungen</b> , wie z.B. mit Interferon, vornehmen lassen?					
	- \	Die folgenden 3 Angaben beziehen sich auf die letzten 3 Jahre:	Nein	Ja			
6.	a)	Wurde ein <b>Elektrokardiogramm</b> aufgenommen? Ergometrie? 24-h-EKG, 24-h-RR-Messung? ERGEBNIS? (Falls EKG-Streifen und/oder Befundbericht vorhanden sind, überlassen Sie uns diese bitte leihweise)					
	b)	Wurden Röntgen-, Computertomographie-, oder andere bildgebende bzw. nuklearmedizinische Untersuchungen durchgeführt? ERGEBNIS?					
	c)	Wurden <b>Labor-</b> oder <b>sonstige Untersuchungen</b> durchgeführt, die bisher nicht angegeben sind? Welche? ERGEBNIS?					
	d)	Haben Sie jemals einen <b>HIV-Test</b> vornehmen lassen (ERGEBNIS? oder wurde Ihnen ein solcher Test empfohlen?	·				
		Die folgenden Angaben beziehen sich auf die letzten 10 Jahre:	Nein	Ja			
7.	a)	Sind Sie sonst in einem <b>Krankenhaus</b> untersucht oder behandelt worden? Wo? Weshalb?					
	b)	Hatten Sie Kuraufenthalte? Entziehungskuren? Wo? Weshalb?					
	c)	Waren Sie in einem Rehabilitationszentrum? Wo? Weshalb?	_				
<u> </u>			│	und Ans	schrift		
8.	a)	Welchen Arzt nehmen Sie für gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt) bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?					

	8. b)	Von welchen anderen Ärzten, Psychologen oder anderen Therapeuten – außer den bereits genannten – wurden Sie in den letzten 5 Jahren untersucht, beraten oder behandelt?  Weshalb?	Name und Anschrift					
,	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 ermächtigeausdrücklich, die vom Versicherer gewünschte Untersuchung, wie im Teil II dieses Formulars vorgesehen, durchzuführen und dieses dem Versicherer zur Verfügung zu stellen.							
	Datum	į	Unterschrift der zu versichernden Person					

## II. Untersuchungsbefund

Haben Sie die zu versichernde Person bereits früher untersucht, beraten oder behandelt?			Nein	Ja □	Wann und weswegen?
Wenn nicht, wodurch wurde die Identität festgestellt? (Art des Ausweises)					
Sin	ıd Si	e mit der zu versichernden Person verwandt oder verheiratet?	Nein	Ja	(Siehe den Hinweis auf der ersten Seite!)
1	Κö	rpermaße:			
'-	NO	permase.	Größe	<b>e</b> :	cm
			Gewi	cht:	kg
			Paulal	humfan	
			Dauci	liullilali	g: cm
		cht die zu untersuchende Person einen altersentsprechenden, ge- iden und frischen Eindruck?	Konstit	utionst	yp: ☐ athletisch ☐ leptosom ☐ adipös ☐ Mischtyp
			Nein	Ja □	
					Bei "Ja" bitte nähere Angaben!
2.		stehen Anomalien des <b>Skeletts</b> bzw. des <b>Bewegungsapparates</b> ? nn ja, welche Leiden liegen vor?	Nein	Ja □	
3.		stehen Krankheiten der <b>Haut</b> bzw. der <b>Schleimhäute</b> ? nn ja, welches Leiden liegt vor?	Nein	Ja	
4.	Bes	stehen Krankheiten der Sinnesorgane?	Nein	Ja	
	We	nn ja, welches Leiden liegt vor?			
5.		rvensystem d neurologische Störungen wie z.B. Ataxie, Koordinationsstörungen,	Nein	Ja	
	Läł ger	u neutriologische Stortingen wie 2.B. Ataxie, Robidinationsstortingen, immungen, Merkstörungen oder Sprachauffälligkeiten erkennbar? Liensensbillitätsstörungen vor? nn ja, welche Abweichung liegt vor?			
6.		/che	Nein	Ja	
	Stir Hin	d psychische Auffälligkeiten erkennbar wie z.B. unangemessene nmungslage, Tics, sonstige Verhaltensauffälligkeiten oder gibt es weise auf aktuelle Belastungssituationen oder Konflikte? nn ja, welche Abweichung liegt vor?			
7.	des	stehen Krankheiten des Hormonsystems (z.B. Schilddrüse) oder s Stoffwechsels (z.B. Diabetes mellitus, Gicht, Hyperlipidämie)? nn ja, welches Leiden liegt vor? (anamnestisch)	Nein	Ja □	
8.	Не	rz und Kreislauf	Nein	Ja	
	a)	Ist eine Herzvergrößerung feststellbar?			
	b)	Sind die Herztöne rein und normal betont?			
	c)	Bestehen Herzgeräusche?			
	d)	Wurde eine kardiologische Abklärung empfohlen?			
	e)	Pulsfrequenz und Blutdruck			Blutdruck in mmHg systol. diastol.
		Bei erhöhten Blutdruckwerten bitte nach der Untersuchung nochmals messen.		Puls:	/
		Falls bekannt, welche Blutdruckwerte wurden in den letzten 12 Monaten gemessen? Bitte Datum und Wert angeben		2. Blu	utdruckmessung://
	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 Krampfadern vorhanden (Stärke, Ausdehnung)? Geschwüre?			

k) Können Sie zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen? Welche? Liegt eine Erkrankung vor? Wenn ja, welche?	

Bei "Ja" bitte nähere Angaben! Atmungsorgane Nein Ja a) Besteht Heiserkeit? Husten? Wenn ja, seit wann, Ursache? b) Bestehen Auffälligkeiten des Brustkorbes? Bestehen Auffälligkeiten der Perkussion und/oder Auskultation? Bestehen Erkrankungen der Atmungsorgane? Wenn ja, welches Leiden liegt vor? 10. Verdauungsorgane Nein Ja a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Gebiss, Rachen? Bestehen Auffälligkeiten bei der Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauches? Bestehen Erkrankungen des Bauchraumes? Wenn ja, welches Leiden liegt vor? 11. Harn- und Geschlechtsorgane Nein Ja a) Harnuntersuchung (bitte Befunde beilegen): Wurde der Harn anlässlich der Untersuchung entleert? Eiweiß \_\_\_\_\_ Zucker \_\_\_\_ Blut \_\_\_\_ Nitrit \_\_\_ Enthält der Harn: Leukozyten\_\_\_\_\_ Urobilinogen \_\_\_\_\_ b) Liegen zum Zeitpunkt der Harnabgabe akute Beschwerden vor? 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? 12. Sonstiges Nein Ja a) Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Be-funde (z.B. Allergien, Lymphknotenschwellungen, Erkrankungen des Blutes oder des Immunsystems etc.) erhoben? Wenn ja, welche? Halten Sie andere, bisher nicht erwähnte Umstände für mitteilenswert? Wenn ja, welche? c) Halten Sie es für zweckmäßig, den Befund des Hausarztes oder ei-nes anderen Arztes einzuholen? Wenn ja, von welchem? d) Welche ergänzenden Untersuchungen schlagen Sie vor? Haben Sie weitere Maßnahmen veranlasst oder empfohlen? Wenn ja, welche 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 Unterkrankhafte Befunde mitzuteilen, aber kein Urteil über die Einschätzung des Risikos suchten zwar 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 € 182,10 (Stand 01.01.2023). Datum Arztstempel und Unterschrift