

Ärztliches Zeugnis Teil II

(Untersuchung durch einen Arzt)

Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____
PLZ _____	Wohnort _____	Straße und Hausnummer _____
<p>Erklärung des Arztes: Ich bin mit der zu befragenden Person verwandt oder verschwägert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Falls „ja“ darf die Untersuchung nicht vorgenommen werden.)</p>		
Haben Sie die zu untersuchende Person bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt?	nein ja ▼ ▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte alle Behandlungen auflisten: Wann, weshalb und wie lange? Befund?
1. a) Gewicht ohne Kleidung: _____ kg Größe ohne Schuhe _____ cm		Umfang des Brustkorbes: _____ cm des Halses: _____ cm des Leibes: _____ cm
b) Macht die zu untersuchende Person einen altersentsprechenden, gesunden und frischen Eindruck?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn nein, nähere Angaben
2. Halten Sie Skelett und Bewegungsapparat für gesund?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn nein, welches Leiden liegt vor?
3. Halten Sie Haut und Schleimhäute für gesund?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn nein, welches Leiden liegt vor?
4. Halten Sie die Sinnesorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn nein, welches Leiden liegt vor?
5. Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund, insbesondere verhalten sich die Reflexe (Pupillenreaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflexe, Romberg) normal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?
6. Halten Sie das Hormonsystem - insbesondere die Schilddrüse - für gesund?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn nein, welches Leiden liegt vor?

	nein ▼	ja ▼													
7. Herz und Kreislauf															
a) Besteht perkutorisch ein Anhalt für eine Herzvergrößerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, Ausmaß:												
b) Sind die Herztöne rein und normal betont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
c) Bestehen Geräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche und wo?												
d) Sind die Geräusche organisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
e) Blutdruck und Pulsfrequenz:			<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Pulsschläge je Minute</td> <td>Blutdruck in mm Hg. systol.</td> <td>diastol.</td> </tr> <tr> <td>in Ruhe</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>nach Belastung mit 10 Kniebeugen</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Pulsschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg. systol.	diastol.	in Ruhe	_____	_____	_____	nach Belastung mit 10 Kniebeugen	_____	_____	_____
	Pulsschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg. systol.	diastol.												
in Ruhe	_____	_____	_____												
nach Belastung mit 10 Kniebeugen	_____	_____	_____												
f) Ist der Puls in Ruhe und nach Belastung gleich- und regelmäßig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nicht, worin bestehen die Abweichungen?												
			Bei Extrasystolen: Wieviele in der Minute in Ruhe und nach Belastung?												
g) Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?												
h) Sind Krampfadern vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, nähere Angaben:												
i) Können Sie noch zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?												
8. Atmungsorgane															
a) Besteht Heiserkeit? Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wann? Ursache?												
b) Sind Form und Wölbung des Brustkorbs normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?												
c) Sind die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?												
d) Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welches Leiden liegt vor?												
9. Verdauungsorgane															
a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Rachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher?												
b) Sind die Ergebnisse der Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation des Bauches normal? (Magen, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Milz, Darm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?												
c) Halten Sie die Verdauungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welches Leiden liegt vor?												
	▲ nein	▲ ja													

	nein	ja	
10. Harn- und Geschlechtsorgane			
a) Halten Sie die Harn- und Geschlechtsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welches Leiden liegt vor?
b) Bei Frauen: Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der weiblichen Organe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, auf welches Leiden?
c) Harnuntersuchung: Bitte den Harn in Ihren Praxisräumen entleeren lassen. Harnbefund: (Falls pathologisch, bitte Laborwerte beifügen.)			Eiweiß positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> Zucker positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> Ist Urobilinogen vermehrt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sedimentbefund: _____
11. Sonstiges			
a) Liegt ein aktueller HIV-Test (nicht älter als 3 Monate) vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, Ergebnis mit Datum:
b) Liegen Ihnen pathologische Laborwerte (Cholesterin, HDL, LDL, Transaminasen, BZ, Harnsäure, Kreatinin usw.) vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, bitte <u>nur</u> veranlassen und beifügen, wenn die Risikostufe 2 oder 3 erforderlich ist oder dieser explizit von uns angefordert wird.
c) Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde (z.B. Drüsenschwellungen, Störungen des Immunsystems, Blutkrankheiten) erhoben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
	nein	ja	
12. a) Der Arzt kann dem Untersuchten krankhafte Befunde mitteilen.			Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?
b) Die Untersuchung fand statt um _____ Uhr <input type="checkbox"/> in meiner Arztpraxis, <input type="checkbox"/> in der Wohnung des Untersuchten.			
13. Bemerkungen			
_____	_____	_____	
Tag der Untersuchung	Unterschrift des Arztes	Arztstempel	
Wir bieten Ihnen für diese Untersuchung ein Honorar von 35,00 EUR an, bei notwendigem, aktuellem HIV-Test 60,00 EUR. Bitte beachten Sie, dass wir das o.g. Honorar nur zahlen, sofern uns ein entsprechendes Antragsformular Ihres Patienten vorliegt und die beantragte oder angefragte Versicherung eine ärztliche Untersuchung erforderlich macht. Von uns geforderte weitergehende Untersuchungen können gesondert berechnet werden. Bitte fügen Sie Ihre Liquidation bei. Wir erstatten dann per Scheck bzw. Überweisung.			
Bitte fügen Sie leihweise Ihnen evtl. vorliegende Befundberichte, EKG-Streifen, Laborergebnisse oder die Krankenakte diesem Zeugnis zur Einsicht bei.			