

# Rapport ärztliche Untersuchung



an

**KBC Versicherungen**  
 Vertrauensarzt / LEUtiens - LMD  
 Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven

Name und Vorname: .....

Aktuelle Adresse: .....

Geburtsdatum: ..... - ..... - .....

Policennummer(n): ..... und .....

**VERTRAULICH**

*Den Arzt wird gebeten, vorher den ärztlichen Fragebogen mit der zu untersuchenden Person durchzunehmen, nachzuprüfen, ob alle Fragen beantwortet wurden, und ob die zu untersuchende Person den Fragebogen unterschrieben hat. Den Arzt wird auch gebeten, alle Fragen zu beantworten und die eventuell festgestellten Abweichungen zu verdeutlichen.*

TERMIN bei Dr. .... am ..... um ..... Uhr

BITTE FÜHREN SIE NEBEN DER KLINISCHEN UNTERSUCHUNG AUCH DIE MARKIERTEN ZUSÄTZLICHEN UNTERSUCHUNGEN DURCH:

- Labor-Analyse des Urins: Albumin, Zucker und Mikroskopie
- Labor-Analyse des Blutes: Sedimentation, Hämoglobin, Zählen der roten und weißen Blutkörperchen, Glykaemie, Cholesterin, HDL-Cholesterin, Kreatinin, SGOT, SGPT, GGT, Bilirubin, alkalische Phosphatase, AIDS-Test
- bei einem Kardiologen: Ruhe- und Belastungs-EKG (durchzuführen, wenn die zu versichernde Person 46 Jahre oder älter ist)

**1 KÖRPERBAU**

- a Größe ..... cm (nach Messung) c Brustumfang ..... cm beim Einatmen ..... cm beim Ausatmen
- b Gewicht ..... kg (nach Wiegen) d Hüftumfang ..... cm

	NEIN	JA	Bemerkungen
--	------	----	-------------

**2 GEWOHNHEITEN**

- a Können Tätigkeiten oder Gewohnheiten der zu versichernden Person ihrer Gesundheit schaden?   Welche? .....
- b Stellen Sie Zeichen des Missbrauchs von Alkohol, Tabak oder Medikamenten oder des Gebrauchs von Betäubungsmitteln fest?   Welche? .....

**3 ENDOKRINE ORGANE UND STOFFWECHSEL**

- Stellen Sie bei der Untersuchung Abweichungen fest?   Welche? .....

**4 PSYCHIATRIE**

- Sind Persönlichkeitsstörungen festzustellen oder Zeichen, die auf eine psychische Erkrankung schließen lassen?   Welche? .....

**5 NERVENSYSTEM UND MUSKELN**

- Bemerken Sie Symptome, die das Vorhandensein einer Erkrankung des Nervensystems oder eines Muskelleidens vermuten lassen?   Welche? .....

**6 SINNESORGANE**

- a Liegt ein Gehörschaden vor?   Welcher? ..... R: ..... L: .....  
 Ist eine Verminderung des Gehörs festzustellen?   Grad? ..... R: ..... L: .....
- b Ist ein Augenleiden vorhanden?   Welches? .....  
 Ist eine Brillenkorrektur notwendig?   Vor der Korrektur: RA = ..... LA = .....  
 Nach der Korrektur: RA = ..... mit ..... Dioptrien  
 LA = ..... mit ..... Dioptrien

**7 HERZ UND BLUTKREISLAUF**

- a Rhythmusstörungen?   Welche? .....
- b Sind die Herztöne anormal (Doppelton, Galopprrhythmus, usw.)?   Intensität: .....
- c Hören Sie ein Herzgeräusch?   Systolisch: Wo? ..... Intensität: .....  
 Diastolisch: Wo? ..... Intensität: .....  
 Wie verbreitet es sich?  
 d Handelt es sich um ein organisches Geräusch?   Diagnose: .....
- e Ist eine Abweichung des Pulsschlags der Arteria Radialis, Carotis, Femoralis, Tibialis posterior oder Dorsalis pedis festzustellen?   Wo? .....  
 rechts  links
- f Venöse Störungen, Ödem, trophische Störungen?   Ursache: ..... In welchem Maße? .....  
 Welche? ..... In welchem Maße? .....

Sitz der Gesellschaft: KBC Versicherungen AG – Professor Roger Van Overstraetenplein 2 – 3000 Leuven – België  
 MwSt. BE 0403.552.563 – RJP Leuven – CBFA 038571 A – IBAN BE43 7300 0420 0601 – BIC KREDBEBB  
 Unternehmen zugelassen für alle Zweige unter Kode 0014 (K. E. 4. Juli 1979, B. St. 14. Juli 1979).

**Ein Unternehmen des KBC-Konzerns**

Name und Adresse (oder Stempel)

WOLFF+PARTNERS Versicherungen • Tel. 080 420 652 • Fax 080 420 452 • info@wolff-partners.be

WP Amel: Auf dem Kamp 19A · 4770 Amel • WP Bütgenbach: Zum Walkerstal 20 · 4750 Bütgenbach

	NEIN	JA	Bemerkungen
Blutdruck systolischer: .....			<input type="checkbox"/> nicht behandelt
diastolischer: .....			<input type="checkbox"/> behandelt seit .....
Pulsschlag .....			/Minute
Eventuelle Kontrolle:			Wenn der Pulsschlag unter 60 liegt, wiederholen Sie bitte die Messung nach Belastung.
Systolisch: .....			Ergebnis: .....
Diastolisch: .....			Wenn der Blutdruck 14/9 übersteigt oder der Pulsschlag 90 übersteigt, messen Sie am Ende der Untersuchung nach einer Ruhepause bitte noch einmal.
Pulsschlag: .....			/Minute

### 8 ATEMWEGE

Stellen Sie bei der Untersuchung eine Abweichung fest?  NEIN  JA Welche? .....

### 9 VERDAUUNGSORGANE

- a Haben die Zunge, der Rachen oder die Mandeln ein pathologisches Aussehen?  NEIN  JA Welches? .....
- b Ist beim Abtasten des Bauches ein pathologischer Befund zu erheben?  NEIN  JA Welcher? .....
- c Ist die Leber oder die Milz geschwollen?  NEIN  JA Wieviel cm? ..... Ursache: .....
- d Gibt es eine Hernie, einen Bauchwandbruch?  NEIN  JA Wo? bilateral  nein  ja

### 10 UROGENITALSYSTEM (Untersuchung nur bei urogenitaler Problematik, aktuell oder in Vorgeschichte)

Gibt es Anzeichen einer Erkrankung der Geschlechtsorgane oder der Brüste?  NEIN  JA Welche? .....

### 11 HAUT

Ist eine Erkrankung der Haut oder der Hautanhangsbilde festzustellen?  NEIN  JA Welche? .....

### 12 LYMPHDRÜSEN

Hat der Umfang der Lymphknoten zugenommen?  NEIN  JA Wo? ..... Ursache: .....

### 13 KNOCHEN, GELENKE UND BINDEGEWEBE

- a Sind Missbildungen oder Abweichungen des Skeletts festzustellen?  NEIN  JA Welche? .....  
(Entwicklungsstörungen, posttraumatische Achsabweichungen in Höhe der Glieder, Abweichungen in Höhe der Wirbelsäule (Kyphose, Skoliose, Lordose, Beckenneigung, ...))
- b Sind Narben, Kontrakturen, Osteosynthesematerial vorhanden?  NEIN  JA Welche? .....
- c Sind Abweichungen bei der funktionellen Untersuchung festzustellen (verminderte Kraft oder Mobilität, Laxität, asymmetrische Perimetrie, ...)?  NEIN  JA Welche? .....  
Besonders in Höhe der Wirbelsäule (Schlagschmerzen, abweichende Lasègue oder Schöberindex, ...)

### 14 SCHLUSSFOLGERUNG

Sind Sie der Ansicht, dass es ein erhöhtes Risiko gibt für:

- a einen vorzeitigen Todesfall  NEIN  JA
- b eine vollständige oder teilweise, vorübergehende oder definitive Arbeitsunfähigkeit?  NEIN  JA

**Wichtig:** der Versicherer bittet den Arzt, in Gegenwart der zu versichernden Person oder des Versicherungsagenten keine Bemerkungen zu machen, die der Entscheidung des Versicherers vorgehen könnten.

Ausgefertigt in ..... am .....

**Unterschrift**

#### Der untersuchende Arzt:

Name: .....

Adresse: .....

Konto beim Finanzinstitut

IBAN : .....

BIC : .....

Beachten Sie: Erstattung zu den geltenden Assuralia- und LIKIV-Tarifen.

#### Vorbehalten für KBC: Bezahlung der ärztlichen Kosten

Betrag: .....	Visa
Datum: .....	