DKV Luxembourg S.A.
11-13, rue Jean Fischbach · L-3372 Leudelange
R.C. Luxembourg, B 45762
Société Anonyme
T +352/42 64 64-1 · F +352/42 64 64-250
info@dkv.lu · www.dkv.lu

DKV Luxembourg

ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

Die Untersuchung darf nicht durch Ehegatten, Eltern, Geschwister oder Kinder der zu untersuchenden Person durchgeführt werden.
Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller.
Striche gelten nicht als Antwort.

Versicherungsnummer

A. Personalien der zu untersuchenden Person

Name	Ausgeübter Beruf
Vorname	Straße und Hausnummer
Geburtsdatum	PLZ/Ort

B. Fragen an den Arzt

1. Erkrankungen, Beschwerden, Unfälle, Tests bezogen auf AIDS, Allergien, Diabetes, gemäß der erhobenen Anamnese und der Krankengeschichte?	
1.1 Testergebnisse	
1.2 Bei wem in Behandlung/Mitbehandlung	
1.3 Behandlungszeit von – bis	
1.4 Wann wurde der Patient erstmals von Ihnen/vom Mitbehandler über die Befunde informiert?	
2. Besteht eine Behinderung?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?
3. Größe und Gewicht	cm kg

Für Personen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr

4. Halten Sie das Kind für gesund und ist es frei von Anomalien/Gebrechen und Missbildungen (auch Kieferanomalien und Zahnfehlstellungen)?	☐ ja ☐ nein Wenn nein, was wurde festgestellt?		
4.1 Welche diagnostischen Maßnahmen sind evtl. notwendig und aus welchem Grund?			
4.2 Welche Behandlungen waren/sind derzeit erforderlich oder angeraten?			
4.3 Anschrift des behandelnden Arztes oder/und Zahnarztes?	**1** Name	Straße und Hausnummer	PLZ/Ort
	2 Name	Straße und Hausnummer	PLZ/Ort

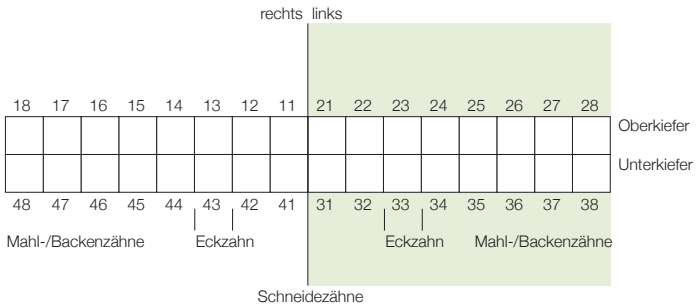
Für Personen ab dem 16. Lebensjahr
Allgemein- und Organbefund

5. Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	☐ ja ☐ nein Wenn nein, was wurde festgestellt?			
6. Blutdruck in Ruhe	systolisch	diastolisch	Auffälligkeiten	
7. Puls	in Ruhe	nach 10 Kniebeugen	nach 2 Minuten	Auffälligkeiten
8. Halten Sie Herz, Gefäße und Kreislauf für gesund?	☐ ja ☐ nein Wenn nein, was liegt vor?			
9. Halten Sie das Knochensystem und die Gelenke für gesund?	☐ ja ☐ nein Wenn nein, was liegt vor?			

membre du Groupe lalux

10. Halten Sie das Nervensystem für gesund und ist das psychische Verhalten unauffällig?	☐ ja ☐ nein Wenn nein, was liegt vor?
11. Urinbefund: frisch gelassen	Eiweiß / Zucker / Sediment / Auffälligkeiten
12. Halten Sie die Bauchorgane einschließlich der Harn- und Geschlechtsorgane für gesund?	☐ ja ☐ nein Wenn nein, was liegt vor?
13. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Schwangerschaftsverlauf	☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?
13.1 Bestehen Brust- oder Unterleibsleiden?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, was liegt vor?
13.2 Hormon-/ Regelstörungen?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, was liegt vor?
14. Bestehen Hautveränderungen?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, Art und Lokalisation angeben.
15. Liegen sonstige Gesundheitsstörungen, krankhafte Veränderungen, Missbildungen, Unfallfolgen vor?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, was liegt vor?
16. Welche diagnostischen Maßnahmen sind evtl. notwendig und aus welchem Grund?	
17. Welche Behandlungen waren/sind derzeit erforderlich oder angeraten?	
18. Anschrift des behandelnden Arztes	Name / Straße und Hausnummer / PLZ/Ort

Visueller Gebissbefund

19. Halten Sie die Zähne für gesund bzw. saniert?	☐ ja ☐ nein
19.1 Sind Zahnfleischerkrankungen erkennbar?	☐ nein ☐ ja
19.2 Halten Sie Zahn- oder Paradontosebehandlungen, Zahnersatz oder Kieferorthopädie für notwendig?	☐ nein ☐ ja
19.3 Bitte das Zahnschema ergänzen f = fehlende Zähne e = ersetzte Zähne z = zerstörte Zähne	
20. Anschrift des behandelnden Arztes	Name / Straße und Hausnummer / PLZ/Ort
21. Gesamteindruck und Beurteilung	

Sie können den Untersuchungsbericht auch direkt an die DKV Luxembourg senden.

Ort und Datum der Untersuchung

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ausgehändigt durch	Vermittler-Nr.