

Angaben zur Person der/des Versicherten

Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers Tag Monat Jahr
 Geburtsdatum

Familienname Vorname
 Geburtsname Staatsangehörigkeit
 Straße und Haus-Nr.
 Postleitzahl und Ort Krankenkasse Personal-Nr.

Anschrift des Arbeitgebers

Betriebs-Nr. des Arbeitsamtes Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger Nr. des Unfallversicherungsträgers
 Name
 Straße und Haus-Nr.
 Postleitzahl und Ort

Epikrise

Untersuchungsdatum: Geschlecht: 1 = männlich 2 = weiblich Alter: Jahre

A. Anlass der Untersuchung

- Allgemeine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung Vorsorgeuntersuchung nach ArbMedVV aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften
- Sonstiger Anlass (ggf. eintragen) _____

B. Art der Untersuchung

Erstuntersuchung Nachuntersuchung Nachgehende Untersuchung

C. Jetzige Tätigkeit

Klartext <input type="text"/>	seit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Schlüssel der Bundesanstalt für Arbeit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-------------------------------	--	---

D. Belastungen am Arbeitsplatz

	jetzige	frühere
Gefahrstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
biologische Arbeitsstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Schwerarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige physikalische Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegsbelastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautbelastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastungen durch die Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Belastungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E. Diagnosen (in der Reihenfolge ihrer arbeitsmedizinischen Relevanz; Legende zu a) bis f) siehe unten)

Klartext	Schlüssel (ICD10)	a)	b)	c)	d)	e)	f)	Kommentar des Untersuchenden

Legende zu E:

- a) Zusatz: 1 = z. Z. relevant; 2 = Zustand nach; 3 = z. Z. erscheinungsfrei
 b) Diagnosesicherheit: 1 = gesicherte Diagnose; 2 = gesicherte Fremddiagnose; 3 = Vom Patienten mitgeteilte Diagnose; 4 = Verdacht auf
 c) Schweregrad: 1 = gering; 2 = mittel; 3 = hoch
 d) Einsatzfähigkeit: 1 = nicht einschränkend; 2 = nicht einschränkend unter bestimmten Voraussetzungen; 3 = befristet einschränkend; 4 = dauernd einschränkend
 e) Gefährdung: 1 = nicht gefährdet am jetzigen Arbeitsplatz; 2 = nicht gefährdet unter bestimmten Voraussetzungen; 3 = erhöhtes Erkrankungs-/Unfallrisiko
 f) Ursache: 1 = Arbeitsunfall; 2 = Berufskrankheit; 3 = wahrscheinlich durch die Arbeit beeinflusst; 4 = kein Zusammenhang mit der Arbeit

F. Beurteilung

Anlass Beurteilung

Tätigkeit/Exposition	Keine gesundheitlichen Bedenken	Keine gesundheitlichen Bedenken unter best. Voraussetzungen	Dauernde gesundheitliche Bedenken	Befristete gesundheitliche Bedenken bis zum			

Nächste Vorstellung:

Anlass _____

Anlass _____

Anlass _____

G. Besondere Beratung

hinsichtlich Risikofaktoren, Erkrankungen, Unfallgefährdungen

	erforderlich	nicht erforderlich	Kommentar des Untersuchers
Risikofaktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muskel-Skelett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verdauungsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stoffwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neoplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervensystem / Psyche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

H. Berufliche Leistungsfähigkeit

Einschränkung nicht zu erwarten Einschränkung der allgemeinen Einsatzfähigkeit zu erwarten Fortsetzung der derzeitigen Tätigkeit gefährdet

I. Maßnahmen

- | | | |
|---|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Technische Maßnahmen | 6. <input type="checkbox"/> weitere ärztliche Abklärung/Behandlung | 11. <input type="checkbox"/> Rehabilitationsmaßnahmen |
| 2. <input type="checkbox"/> Organisatorische Maßnahmen | 7. <input type="checkbox"/> arbeitsplatzbezogene Beratung des Arbeitnehmers | 12. <input type="checkbox"/> Umschulung <input type="text" value=""/> |
| 3. <input type="checkbox"/> Körperschutzmaßnahmen | 8. <input type="checkbox"/> Beratung des Arbeitgebers | 13. <input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen <input type="text" value=""/> |
| 4. <input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung | 9. <input type="checkbox"/> BK-Anzeige | <input type="text" value=""/> |
| 5. <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel | 10. <input type="checkbox"/> Maßnahmen nach § 3 BKV | <input type="text" value=""/> |

Folgende Maßnahmen (bitte Ziffern eintragen)

empfohlen am

Abschlußdatum

Unterschrift/Stempel des Arztes / der Ärztin

Nachfolgend sind Beschwerden aufgelistet. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie nie, gelegentlich oder häufig an diesen Beschwerden leiden und ob die Beschwerden bei der Arbeit stören.

Untersuchungsdatum

Familienname, Vorname

Beschwerden	nie	gelegentlich	häufig	Beschwerden stören bei der Arbeit	Kommentar des Untersuchers
1. Haut (Jucken, Rötungen, Ausschlag, erhöhte Lichtempfindlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Augentränen, -reizung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Behinderte Nasenatmung, Niesen, Fließschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Herzbjagen, Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Schmerzen im Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Atemnot, Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Husten, Hustenreiz, Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Heiserkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Schmerzen in Nacken, Schultern, Armen, Händen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Rückenschmerzen, Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Kribbeln, Pelzigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Schmerzen in Hüften, Beinen, Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Magenschmerzen, Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Übelkeit, Brechreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Durchfall oder Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Nervosität, innere Unruhe, Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Müdigkeit, Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. Ohnmacht, Kollaps, Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Beschwerden					
30. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie den folgenden Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind, ggf. wie oft, und ob diese Belastungen zu Beschwerden führen.

Belastungen	nie	gelegentlich	häufig	Belastungen führen zu Beschwerden	Kommentar des Untersuchers
1. Einseitige Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Arbeit im Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Gebeugte Arbeitshaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Hocken oder Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Überkopfarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Schweres Heben oder Tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Umgang mit Gefahrstoffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Umgang mit biolog. Arbeitsstoffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Lösemittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Stäube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Rauche, Gase, Dämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Hautbelastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Arbeit im Freien, ungeschützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Zu geringe Beleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Vibrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Wechselschicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Arbeitsaufenthalte im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Akkordarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Zeit- oder Termindruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Hohe Konzentrationsanforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Störungen des Arbeitsablaufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Unzufriedenheit bei der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Belastungen					
28. Nebentätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bei Nachtrag Datum der Eintragung vermerken. Für Ergänzungen evtl. Einlegeblatt nutzen.

Untersuchungsdatum

Familienname, Vorname

Arbeitsanamnese

1. Jetzige(r) Tätigkeit/Arbeitsplatz seit
2. Belastungen am jetzigen Arbeitsplatz
3. Schutzmaßnahmen (organisatorische/technische/persönliche)
4. Arbeitsplatzbeschreibung/ Gefährdungsanalyse
liegt vor liegt nicht vor
5. Erlernter Beruf
6. Frühere Tätigkeiten/ Arbeitsplätze – von / bis
7. Arbeitsunfähigkeiten im letzten Jahr
 keine mehr als 3 x länger als 6 Wo.
8. Arbeitsumsetzung aus gesundheitlichen Gründen
 nein ja (warum)
9. Arbeitsunfälle mit Folgeschäden
Art Jahr
10. Anerkannte Berufskrankheit
 nein ja (welche)
11. Rente
 nein ja (warum)
12. MdE
 nein ja (wie hoch / %)
13. Sonstige Angaben

Sozialanamnese

1. Familienstand verh. ledig gesch. verw.
2. Geburtsjahr der Kinder
3. Sport Häufigkeit/Woche welcher
4. Schulabschluss Haupt. Realsch. Abitur ohne
5. Grad der Behinderung % ()
6. Sonstige Angaben

Familienanamnese

	nein/nicht bekannt	ja
1. Atopische Erkrankungen (Ekzem/Asthma/Fließschnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Herz-, Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seelische Leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hausarzt

Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Krankheitsvorgeschichte

(bei Nachuntersuchungen nur Änderungen seit letzter Untersuchung)

BAPRO

Alle angegebenen bzw. aktenkundigen Erkrankungen eintragen. Bei Nachtrag Datum der Eintragung vermerken. Für Ergänzungen evtl. Einlegeblatt nutzen.

Erkrankungen (Diagnosen)	Kommentar des Untersuchers	nein/nicht bekannt	ja	Jahr
1. Augen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Ohren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Mund / Nase / Rachen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Atemwege / Lungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Herz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Kreislauf		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Nerven / Psyche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Magen / Darm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Nieren / Harnwege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Gynäkologische Erkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Hernien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Stütz- und Bewegungsapparat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Haut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Stoffwechsel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Infektionen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Blut / bösartige Erkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Unfälle mit Folgeschäden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Krankenhausaufenthalte / Operationen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Impfungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		nein	ja	
21. Regelmäßige Medikamenteneinnahme / welche?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Rauchen / was? _____ pro Tag _____ seit/von _____ bis _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Alkohol / Drogen / was? _____ pro Tag _____ seit/von _____ bis _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Legende zur Krankheitsvorgeschichte:

Die Legende gibt Hinweise auf die Erkrankungen und Störungen und deren mögliche Lokalisation, nach denen bei der Erhebung der Krankheitsvorgeschichte **mindestens** zu fragen ist. Bei der Erstuntersuchung sind alle relevanten Vorerkrankungen zu erheben, bei Nachuntersuchungen die Erkrankungen seit der letzten Untersuchung.

- Zu 1.: a) Reizungen
b) Augeninnendruckerhöhung
c) höhergradige Sehstörung
- Zu 2.: a) Gehörgänge / Trommelfelle
b) Hörsturz
c) höhergradige Hörstörung
- Zu 3.: a) Zähne / Schleimhäute
b) Nasen- und -nebenhöhlenerkrankungen
c) Behinderte Nasenatmung/Fließschnupfen
- Zu 4.: a) chronische Bronchitis
b) allergische Atemwegserkrankungen
c) nicht allergisches Asthma bronchiale
d) Lungen / Rippenfellkrankungen
- Zu 5.: a) Koronare Herzerkrankungen
b) Rhythmusstörungen
c) entzündliche Erkrankungen
- Zu 6.: a) Blutdruck
b) Durchblutungsstörung des Gehirns
c) Durchblutungsstörung der Arme und Beine
d) variköser Symptomkomplex

- Zu 7.: a) Krampfanfälle
b) Lähmungen /Sensibilitätsstörungen
c) Depressionen / Phobien / Versagenszustände
- Zu 8.: a) chronische Entzündungen
b) Geschwüre
- Zu 9.: a) Leberentzündung / Gelbsucht
b) Koliken
c) Chronische Bauchspeicheldrüsenerkrankungen
- Zu 10.: a) Nierenkoliken
b) chronische Nierenentzündungen
c) Blasenerkrankungen
d) Prostata-Erkrankungen
- Zu 11.: a) Brusterkrankungen
b) Unterleibserkrankungen
c) Schwangerschaftskomplikationen
- Zu 13.: a) Wirbelsäulenerkrankungen
b) Gelenkerkrankungen
c) Muskel- und Sehnenenerkrankungen

- Zu 14.: a) Beugeneckzeme in der Kindheit
b) Lichtempfindlichkeit
c) allergische Hauterkrankungen
d) degenerative Hauterkrankungen
e) Psoriasis
- Zu 15.: a) Gicht
b) Zuckerkrankheit
c) Fettstoffwechselstörung
d) Schilddrüsenerkrankung
- Zu 16.: a) erhöhte Infektanfälligkeit
b) durchgemachte Infektionserkrankungen
- Zu 20.: a) Tetanus
b) Polio
c) Diphtherie
d) Hepatitis A / Hepatitis B
e) sonstige

Untersuchungsdatum

Familienname, Vorname

Größe: cm

Gewicht: kg

Übergewicht: % Broca

Blutdruck: / mm Hg

Puls: /min

	auffällig		Kommentar des Untersuchers
	ja	nein	
Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konstitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Äußere Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trommelfell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nase / Septum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mundhöhle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gebiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hals /Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leber / Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bruchpforten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wirbelsäulenform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WS-Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückenmuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schulter / Arme / Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hüften / Beine / Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gefäßsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vegetativum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psyche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

auffällig
ja nein Kommentar des Untersuchers

Sehvermögen

Fernvisus

ohne Sehhilfe rechts	<input type="text"/>	links	<input type="text"/>	bds.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
mit Sehhilfe rechts	<input type="text"/>	links	<input type="text"/>	bds.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Nahvisus

ohne Sehhilfe rechts	<input type="text"/>	links	<input type="text"/>	bds.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Farbensinn

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

nicht durchgeführt

Hörvermögen

Audiogramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------

Lungenfunktion

VC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
FEV ₁ / IVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Ruhe-EKG

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------

Laboruntersuchungen

BSG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kleines Blutbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Urinstatus (Mehrfachteststreifen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Klin.-chem. Labor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Erforderliche
Zusatzuntersuchungen**

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

G-Nr.	*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

* 1 = Veranlassung aufgrund des Befundes
2 = Veranlassung aufgrund der Belastung