

Anlage 3

(zu Nummer 7.1)

Familienname:	gegebenenfalls Geburtsname:	Vorname:	geboren am:
Anschrift (Straße/Hausnummer/PLZ/Ort):			

UNTERSUCHUNGSBEFUND

Größe (ohne Schuhe) in cm _____ Gewicht (leicht bekleidet) in kg _____

Brustumfang in cm _____ Urin Z: _____ E: _____ Ubg: _____ Sed: _____

Körperbau schlank muskulös adipös _____

zu 3:

Fernvisus
ohne/mit Glas

re.: _____ / li.: _____

Nahvisus
ohne/mit Glas, Nieden Nr.

re.: _____ / li.: _____

Farbensinn

 tüchtig gestört

zu 4:

Hörvermögen: Umgangssprache re.: _____ m / li.: _____ m

Flüstersprache re.: _____ m / li.: _____ m

zu 9:

Puls: _____ / _____ / min Blutdruck RR: _____ / _____ mmHg

falls Belastung erforderlich: deren Art _____

Ohne Besonderheiten (o. B.)

Von der Norm abweichende Befunde (mit Bezugsnummer)

- | | |
|--|---|
| 1. Gesamteindruck | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ernährungszustand | <input type="checkbox"/> |
| 3. Augen/Sehvermögen | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ohren/Hörorgan | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sprache | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haut und sichtbare Schleimhäute, Lymphknoten | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hals, Mundhöhle (mit NAP und Schilddrüse) | <input type="checkbox"/> |
| 8. Gebiss | |
| saniert | <input type="checkbox"/> |
| unsaniert | <input type="checkbox"/> |
| 9. Herz, übrige Kreislauforgane, periphere Durchblutung | <input type="checkbox"/> |
| 10. Atmungsorgane | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bauchorgane | <input type="checkbox"/> |
| 12. Harn- und Geschlechtsorgane einschließlich Nierenlager | <input type="checkbox"/> |
| 13. Gang (statomotorische Funktionen) | <input type="checkbox"/> |
| 14. Bewegungsapparat (Zustand und Funktion von Gliedmaßen und Wirbelsäule) | <input type="checkbox"/> |
| 15. Neurologischer Befund | <input type="checkbox"/> |
| 16. Psychischer Befund | <input type="checkbox"/> |
| 17. Röntgenbefund (Thorax) | <input type="checkbox"/> |
| 18. Tuberkulintest (soweit erforderlich) | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ergänzende Befunde (mit Untersuchungsdatum und -stelle) | |
| 20. Bei Frauen, die einem erhöhten Rötelninfektionsrisiko ausgesetzt sind: | |
| Eine Untersuchung auf Rötelnantikörper | <input type="checkbox"/> wurde durchgeführt |
| | <input type="checkbox"/> wurde nicht durchgeführt, weil _____ |

ggf. Röteltiter: _____

Diagnose(n):

- Kein von der Norm abweichender Befund

Gesundheitsamt

Ort/Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin