

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.)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 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)                | <input type="checkbox"/> |

Von der Norm abweichende Befunde (mit Bezugsnummer)

20. Bei Frauen, die einem erhöhten Rötelninfektionsrisiko ausgesetzt sind:

Eine Untersuchung auf Rötelnantikörper

wurde durchgeführt

wurde nicht durchgeführt, weil \_\_\_\_\_

gegebenenfalls Röteltiter: \_\_\_\_\_

---

Diagnose(n):

Kein von der Norm abweichender Befund

\_\_\_\_\_  
Gesundheitsamt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin