

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Allergien/ Unverträglichkeiten

für _____ geb. am _____

1. Allgemeine Angaben

- 1.1 Sind Sie für den Patienten/ die Patientin als Hausarzt tätig? ja nein
Wenn nein, wer ist der Hausarzt? _____
- 1.2 Wurde der Patient/ die Patientin an Sie überwiesen? ja nein
Wenn ja, von wem? _____
- 1.3 Seit wann ist Ihnen der Patient/ die Patientin bekannt? _____ (Monat/ Jahr)

2. Wie lautet/ lauten die vollständige(n) wissenschaftliche(n) Diagnose(n)?

Diagnose: _____ ICD10: _____ erstmals diagnostiziert: _____ (Monat/Jahr)
Diagnose: _____ ICD10: _____ erstmals diagnostiziert: _____ (Monat/Jahr)
Diagnose: _____ ICD10: _____ erstmals diagnostiziert: _____ (Monat/Jahr)

3. Was löst die allergischen Erkrankungen oder Unverträglichkeiten aus? (ggf. auch Mehrfachnennungen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pollen (z.B. Gräser, Bäume) | <input type="checkbox"/> Metalle (z.B. Nickel, Chrom, Kobalt) |
| <input type="checkbox"/> Hausstaubmilben, Schimmelpilze | <input type="checkbox"/> Kosmetika, Reinigungs-/ Desinfektionsmittel |
| <input type="checkbox"/> Tierhaare (z.B. Katzen, Pferde) | <input type="checkbox"/> Latex, Gummistoffe |
| <input type="checkbox"/> Insektengift (z.B. Bienen, Wespen) | <input type="checkbox"/> Arbeitsstoffe (z.B. Kunstharze, Lösemittel) |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Licht, Wärme, Kälte |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, -zusatzstoffe
(z.B. Laktose, Gluten) | <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. multiple Chemikalien)
Welche? _____ |

4. Wurde ein Allergietest, Lungenfunktionstest oder eine andere diagnostische Untersuchung durchgeführt?

- nein ja, was? _____
(Bitte legen Sie die Befundberichte in Kopie bei.)

5. Wie äußern sich die Beschwerden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> tränende-, juckende Augen | <input type="checkbox"/> Niesen, laufende Nase |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden, Asthma, Atemnot | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen, Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen | <input type="checkbox"/> Schockzustand |
| <input type="checkbox"/> Hautbeschwerden, Juckreiz | <input type="checkbox"/> Ausschlag, Quaddeln |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |

6. Wie häufig treten die Beschwerden auf?

- ganzjährig saisonal von _____ bis _____ bei Kontakt (ca. _____ im Jahr)

7. Bei Hautbeschwerden/ Neurodermitis: Wo treten bzw. traten die Beschwerden auf?

im Gesicht an den Händen am ganzen Körper sonstige: _____

Umfang der betroffenen Hautpartien: _____

D510104

8. Bei Atembeschwerden/ Asthma:

Anzahl der Anfälle: _____ keine Anfälle pro Tag pro Monat pro Jahr

Wann war der letzte Anfall? ____ . ____ . _____

9. Wie wird/ wurde behandelt? Ist eine der genannten Behandlungen geplant oder empfohlen?

- keine Behandlung
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergietabletten | <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> Dauermedikation | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Spray/ Dosieraerosol | <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> Dauermedikation | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Salbe | <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> Dauermedikation | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Spritzen | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlung/ Lichttherapie | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Hyposensibilisierung | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Diät | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> sonstige:
_____ | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
- Medikament(e), Präparatename(n) _____

10. Fand wegen der genannten Erkrankung(en) ein stationärer Aufenthalt oder eine Kur-/ Rehamaßnahme statt oder ist eine solche geplant/ empfohlen? (Bitte Krankenhaus-/Kurentlassungsbericht beilegen)

- nein ja: stationärer Aufenthalt Wann? _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen
 Kur-/ Rehamaßnahme Wann? _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen

11. Wurde der Patient/ die Patientin noch wegen anderen Erkrankungen/ Beschwerden von Ihnen behandelt (in den letzten 36 Monaten)?

- nein ja, wegen
- Diagnose: _____ zuletzt: _____ (Monat/ Jahr)
- Diagnose: _____ zuletzt: _____ (Monat/ Jahr)
- Diagnose: _____ zuletzt: _____ (Monat/ Jahr)

12. War Ihr Patient/ Ihre Patientin wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

- nein ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): _____ (Datum/ Zeitraum)
 _____ (Datum/ Zeitraum)
 _____ (Datum/ Zeitraum)

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift