

Antwort

Absender

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

---

---

---

D510104

## Arztbericht/ Befundbericht Atemwegserkrankungen/ Asthma

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. Welche Erkrankungen bzw. Beschwerden der Atmungsorgane bestehen/ bestanden?

- Asthma bronchiale:  allergisch  nicht allergisch  Belastungs- oder Anstrengungsasthma  
Anzahl der Anfälle: \_\_\_\_\_  keine Anfälle  pro Tag  pro Monat  pro Jahr
- Wann war der letzte Anfall? \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- Bronchitis:  chronisch  akut bei Infekten  einmalig und folgenlos, wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)
- hyperreagibles Bronchialsystem
- Lungenentzündung:  mehrfach  einmalig und folgenlos, wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)
- Kurzatmigkeit/ Atemnot:  in Ruhe  bei Belastung
- Schlafapnoesyndrom
- COPD
- Lungenemphysem
- Mandelentzündung:  chronisch  mehrfach  einmalig und folgenlos \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)
- Sinusitis:  chronisch  mehrfach  einmalig und folgenlos \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)
- Septumdeviation:  operiert im Jahr \_\_\_\_\_  beschwerdefrei
- Nasenmuschelhyperplasie:  operiert im Jahr \_\_\_\_\_  beschwerdefrei
- sonstige: \_\_\_\_\_  chronisch  mehrfach  einmalig und folgenlos \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)

### 3. Wurde ein Allergietest, Lungenfunktionstest, Provokationstest oder eine andere diagnostische Untersuchung durchgeführt?

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

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

- |   |   |  |  |                                    |
|---|---|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine Behandlung     | <input type="checkbox"/> akut                                   | <input type="checkbox"/> Dauermedikation     | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig | <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <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"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig | <input type="checkbox"/> empfohlen           | D510104                            |
| <input type="checkbox"/> Spritzen             | <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"/> 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           |                                    |
| _____   | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig | <input type="checkbox"/> empfohlen           |                                    |

Medikament(e), Präparatename(n) \_\_\_\_\_

**5. 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

**6. 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)

**7. 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