

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Augenerkrankungen

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. Welches Auge ist betroffen? rechts links beidseits

4. Welche Werte wurden ermittelt?

Dioptrien: rechts: _____ dpt links: _____ dpt
Augeninnendruck: Wann? _____ rechts: _____ mmHg links: _____ mmHg
Netzhautstatus: _____

5. Wann und wie oft tritt bzw. trat die Erkrankung/ Sehstörung auf?

- einmalig Wann? _____ (Monat/Jahr)
Dauer _____ (Tage/Wochen)
- mehrfach Wie oft? _____
Wann erstmalig? _____ (Monat/Jahr)
Dauer _____ (Tage/Wochen)
Wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)
Dauer _____ (Tage/Wochen)
- fortwährend/ dauernd Seit wann? _____ (Monat/Jahr)

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

- Korrektur mit Brille/ Kontaktlinsen geplant/ empfohlen
 Augentropfen, welche? (Präparatename) _____ geplant/ empfohlen
 weitere Medikamente, welche? (Präparatename) _____ geplant/ empfohlen
 Operation durchgeführt Welche? _____ Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Operation geplant Welche? _____ Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Laserbehandlung rechts Wann? _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen
 links Wann? _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen
 Hornhauttransplantation rechts Wann? _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen
 links Wann? _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen
 sonstige, welche? _____ geplant/ empfohlen

D510104

7. 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)

8. 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