

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Diabetes/ Zuckerkrankheit

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)

Handelt es sich um eine

- Typ-1-Diabetes Prädiabetes sonstige Form, welche? _____
 Typ-2-Diabetes Schwangerschaftsdiabetes: Entbindung am _____

3. Angaben zu Größe und Gewicht

Größe _____ cm Gewicht _____ kg evtl. BMI _____
 gemessen am _____

4. Ergebnisse der letzten Untersuchungen

- | | Ergebnis/ Datum | Ergebnis/ Datum |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutzucker: | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> HbA1c: | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Unrinuntersuchung: | Zucker im Urin? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ (Monat/ Jahr) | |
| | Eiweiß im Urin? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ (Monat/ Jahr) | |
| | Blut im Urin? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ (Monat/ Jahr) | |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmessung | RR _____/_____ gemessen am: _____ mit Medikament? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

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

- keine Behandlung
 ärztlich begleitete Diätmaßnahme
 Medikament(e), Präparatename(n): _____
Einnahme: von _____ (Monat/Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr)
 sonstige: _____
- geplant/ empfohlen
 geplant/ empfohlen
 geplant/ empfohlen

D510104

6. 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

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 der Patient/ die Patientin wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

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

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift