

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Erkrankungen der Ohren

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)

Welches Ohr ist betroffen? linkes Ohr rechtes Ohr beide Ohren

3. Angaben zu Größe und Gewicht

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

4. Ist die Erkrankung

- angeboren unfallbedingt unbekannter Ursache
 Folge einer anderen Erkrankung/ Störung (z.B. psychische Erkrankung, Mumps)
Welche: _____
 sonstige Ursache, welche: _____

5. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?

- Einmalig? Wann? _____ (Monat/ Jahr) Dauer: _____
 Wiederholt? Wann jeweils? _____ (Monat/ Jahr)
Wann zuletzt? _____ (Monat/ Jahr)
 Dauerhaft? Seit wann? _____ (Monat/ Jahr)

6. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt oder sind geplant/empfohlen?

- keine
 OAE: Wann? _____ (Monat/ Jahr) auffällig unauffällig geplant/ empfohlen
 BERA: Wann? _____ (Monat/ Jahr) auffällig unauffällig geplant/ empfohlen D510104
 bildgebende Verfahren: Wann? _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen
 (Bitte Befundbericht beifügen)
 sonstige, welche? _____ (Bitte Befundbericht beifügen) geplant/ empfohlen

7. Besteht/ bestand eine Hörminderung oder ein Tinnitus (bitte Kopie vom Hörtest beilegen)?

- nein ja, Wann? _____ (Monat/ Jahr) Dauer: _____
 dauerhafte(r) Hörminderung/ Hörverlust/ Taubheit
 Hörminderung Hörverlust Taubheit Tinnitus

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

- keine Behandlung
 Medikament(e), Präparatename(n): _____ geplant/ empfohlen
 ambulante Operation: Wann? _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen
 Was wird/ wurde gemacht? _____
 Infusionstherapie geplant/ empfohlen
 Hörgerät(e): linkes Ohr rechtes Ohr beide Ohren geplant/ empfohlen
 Hörimplantat(e): linkes Ohr rechtes Ohr beide Ohren geplant/ empfohlen
 Welcher Art? _____ Wann implantiert? _____ (Monat/ Jahr)
 sonstige: _____ geplant/ empfohlen

9. 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

10. 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)

11. 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