

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates 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. In welchem Bereich bestehen/ bestanden die Beschwerden/ Erkrankungen?

- Wirbelsäule: Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Ileosakralgelenk
- Schulter: rechts links beidseits
- Ellenbogen: rechts links beidseits
- Handgelenk: rechts links beidseits
- Hand: rechts links beidseits
- Finger: rechts: _____ links: _____
- Hüfte: rechts links beidseits
- Knie: rechts links beidseits
- Sprunggelenk: rechts links beidseits
- Fuß: rechts links beidseits
- Zeh: rechts: _____ links: _____
- sonstige, welche: _____

4. Welche Beschwerden/ Erkrankungen bestehen/ bestanden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verspannungen | <input type="checkbox"/> Schmerzen: <input type="checkbox"/> generell <input type="checkbox"/> nur bei starker Belastung |
| <input type="checkbox"/> Entzündungen | <input type="checkbox"/> Schwellungen |
| <input type="checkbox"/> Instabilität | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Pseudoarthrose |
| <input type="checkbox"/> Versteifung | <input type="checkbox"/> sonstige, welche: _____ |

D510104

5. Welche Ursachen sind Ihnen für die Beschwerden/ Erkrankungen bekannt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> angeboren |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> degenerative Veränderungen (Verschleiß) |
| <input type="checkbox"/> Fehlhaltung/ Überlastung (z. B. langes Sitzen/ Autofahren/ Sport) | |
| <input type="checkbox"/> Unfall/ Verletzung: <input type="checkbox"/> privater Unfall <input type="checkbox"/> Arbeits- und Wegeunfall _____ (Monat/ Jahr) | |
| genauere Informationen: _____ | |
| Gibt es einen Kostenträger? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Hüftgelenksveränderungen/ Beckenschiefstand: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | |
| <input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz: <input type="checkbox"/> links _____ cm <input type="checkbox"/> rechts _____ cm | |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose), Cobbwinkel: <input type="checkbox"/> über 20° nach Cobb <input type="checkbox"/> unter 20° nach Cobb | |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche: _____ | |

6. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?

- | | |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Einmalig? Wann? _____ | (Monat/ Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Wiederholt? Wann jeweils? _____ | (Monat/ Jahr) |
| Wann zuletzt? _____ | (Monat/ Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Dauerhaft? Seit wann? _____ | (Monat/ Jahr) |

7. Wurden bildgebende Verfahren durchgeführt?

- | | |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> ja, welche _____ | wann? _____ (Monat/ Jahr) |
| _____ | wann? _____ (Monat/ Jahr) |
| _____ | wann? _____ (Monat/ Jahr) |

Bitte legen Sie die Befundberichte bei!

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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Behandlung | | |
| <input type="checkbox"/> Einlagen | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Orthesen | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Prothesen | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Injektionen | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Wärme, Bestrahlung, Fango | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapie | <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"/> Funktionstraining/ Reha-Sport/ Rückenschule | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Operation: Welche? _____ | | <input type="checkbox"/> empfohlen |
| Wann? _____ | (Monat/ Jahr) | |
| <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 |
| _____ | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Medikament(e), Präparatename(n) _____ | | |

