

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Gynäkologie/ Frauenheilkunde

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. Wurde eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

Im Bereich weiblichen Brust:

- | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brustdrüsenentzündung | <input type="checkbox"/> Mastopathie |
| <input type="checkbox"/> Milchgangpapillom | <input type="checkbox"/> Fibroadenom(e): Größe: _____ |
| <input type="checkbox"/> Brustlipom | <input type="checkbox"/> Mastodynie (Brustschmerzen/-Spannungen) |
| <input type="checkbox"/> Brustzysten | <input type="checkbox"/> Fehlbildungen der Brust, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumor(e) | <input type="checkbox"/> sonstige, welche: _____ |

- Brustimplantate:
Die Implantate wurden eingesetzt aus kosmetischen Gründen zum Brustaufbau nach einer Erkrankung
 in Deutschland eingesetzt im Ausland eingesetzt, wo: _____
Wann wurden diese eingesetzt? _____ (Monat/Jahr)
Wie viel Material wurde verwendet? links _____ (ml) rechts _____ (ml)
Welches Material wurde verwendet? _____

Hat die Patientin Beschwerden durch die Implantate? nein ja, welche: _____

Im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane:

- HPV-Infektion High-risk Low-risk
 Ergebnis der letzten 2 PAP Abstriche: _____ Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 _____ Wann? _____ (Monat/ Jahr) D510104
- | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verwachsungen | <input type="checkbox"/> Myome |
| <input type="checkbox"/> Eierstockzyste | <input type="checkbox"/> Eileiterentzündung |
| <input type="checkbox"/> Eileiterschwangerschaft | <input type="checkbox"/> Condylome (Feigwarzen) |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutterentzündung | <input type="checkbox"/> Pilzinfektion(en) |
| <input type="checkbox"/> Zyklusstörungen | <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Regelschmerzen | <input type="checkbox"/> Tumor(e) |
| <input type="checkbox"/> Eisenmangel | <input type="checkbox"/> polyzystisches Ovarialsyndrom |
| <input type="checkbox"/> prämenstruelles Syndrom | <input type="checkbox"/> Lichen sclerosus |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörungen, welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche: _____ | |

3.1 bösartige Neubildung (Krebs)

- nein ja, im Bereich der Brüste Eierstöcke Gebärmutter Gebärmutterhals
 sonstige, wo? _____
 Wann wurde die Diagnose gestellt? _____ (Monat/Jahr)
 Wann wurde die letzte Nachsorgeuntersuchung durchgeführt? _____ (Monat/Jahr)

Bitte reichen Sie die Kopien der Befundberichte mit ein!

3.2 Sterilität/ Unfruchtbarkeit

- nein ja, Ursache: _____ abschließende Diagnostik steht noch aus
 es wurde eine Sterilisation durchgeführt _____ (Monat/ Jahr)
 Erfolgten Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen wegen eines unerfüllten Kinderwunsches?
 nein ja, welche: _____

3.3 Endometriose

- nein ja, betroffener Bereich: _____

4. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?

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

5. Wie werden/ wurden die Beschwerden behandelt?

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine Behandlung | | |
| <input type="checkbox"/> Medikament(e), Präparatename(n): _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> ambulante Operation: Wann? _____ (Monat/ Jahr) Weshalb? _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Strahlen-, Chemotherapie | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Konisation: Wann? _____ (Monat/ Jahr) | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| PAP-Befund/Abstrich/HPV Status? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Ausschabung: Wann? _____ (Monat/ Jahr) Weshalb? _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |

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) D510104
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