

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen 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. Angaben zu Größe und Gewicht

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

4. Ergebnisse der letzten Untersuchungen

Labor am: _____ (Werte, die nicht ermittelt wurden, bitte streichen.)

HDL: _____ mg/dl	GOT: _____ U/l	TSH: _____
LDL: _____ mg/dl	GPT: _____ U/l	T3: _____
Gesamtcholesterin: _____ mg/dl	Gamma-GT: _____ U/l	T4: _____
Triglyceride: _____ mg/dl	Blutzuckerwert: _____	
Harnsäure: _____ mg/dl	HbA1c: _____	

Ergebnisse der letzten 3 Blutdruckmessungen:

RR _____ / _____ gemessen am: _____ mit Medikament? nein ja
RR _____ / _____ gemessen am: _____ mit Medikament? nein ja
RR _____ / _____ gemessen am: _____ mit Medikament? nein ja

5. Welche Erkrankungen/ Beschwerden bestanden oder bestehen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen, Herzrasen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Arterienverkalkung/ Herzinfarkt/ koronare Herzerkrankung/ Angina pectoris | |
| <input type="checkbox"/> Beteiligungen sonstiger Organe: _____ | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Ausfälle/ Beschwerden: _____ | |

D510104

6. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?

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

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

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> 24h Blutdruckmessung: Wann? _____ (Monat/ Jahr) Tagesmittelwert _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Angiografie (Bitte Befundbericht beifügen) | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Doppler-/Duplexsonografie (Bitte Befundbericht beifügen) | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> EKG (Bitte Befundbericht beifügen) | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG (Bitte Befundbericht beifügen) | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Herzkatheteruntersuchung (Bitte Befundbericht beifügen) | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ (Bitte Befundbericht beifügen) | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |

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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine Behandlung | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Medikament(e), Präparatename(n): _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| Einnahme: von _____ (Monat/Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr) | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| _____ | | <input type="checkbox"/> 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)

- | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---|---------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> stationärer Aufenthalt | Wann? _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| | | <input type="checkbox"/> Kur-/ Rehamaßnahme | Wann? _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |

10. Wurde der Patient/ die Patientin noch wegen anderen Erkrankungen/ Beschwerden von Ihnen behandelt (in den letzten 36 Monaten)?

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|----------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wegen | | |
| | Diagnose: _____ | zuletzt: _____ | (Monat/ Jahr) |
| | Diagnose: _____ | zuletzt: _____ | (Monat/ Jahr) |
| | Diagnose: _____ | zuletzt: _____ | (Monat/ Jahr) |

11. War Ihr Patient/ Ihre Patientin wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

- | | |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): _____ (Datum/ Zeitraum) |
| | _____ (Datum/ Zeitraum) |
| | _____ (Datum/ Zeitraum) |

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift