

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Hoch- und Minderwuchs

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. Angaben zu Größe und Gewicht

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

Es besteht ein Hochwuchs Minderwuchs

3. Wann wurde der Hochwuchs/ Minderwuchs erstmals festgestellt und was ist die Ursache?

_____ (Monat/ Jahr)

- unbekannt familiär bedingt chromosomale Störung
 Skelettdysplasien hormonelle Störung Gendefekt(e)
 sonstige: _____

4. Wie wurde/ wird der Hochwuchs/ Minderwuchs behandelt?

- keine Behandlung
- Hormonbehandlung von _____ (Monat/ Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen
- orthopädische Behandlung von _____ (Monat/ Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen
- Medikament(e), Präparatename(n): _____ geplant/ empfohlen
Tagesdosis: _____ von _____ (Monat/Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr)

5. Welche Erkrankungen/ Beschwerden bestanden oder bestehen?

- Rückenschmerzen Schmerzen in den Knochen, Gelenken und Muskeln
 Gelenkverschleiß Durchblutungsstörungen
 psychosoziale Probleme sonstige: _____

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 D510104

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