

Antwort

Absender

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

---

---

---

D510104

## Arztbericht/ Befundbericht Hormon- und Stoffwechselerkrankungen 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 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	Harnsäure: _____ mg/dl	Blutzuckerwert: _____
LDL: _____ mg/dl	GOT: _____ U/l	HbA1c: _____
Cholesterin: _____ mg/dl	GPT: _____ U/l	
Triglyceride: _____ mg/dl	Gamma-GT: _____ U/l	
TSH: _____	T3: _____	T4: _____

Weitere ermittelte/ beobachtete Werte mit auffälligem Befund:

---

**5. Wurden bildgebende Verfahren durchgeführt?**

- nein  
 ja, welche \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  
 \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  
 \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)

D510104

Bitte legen Sie die Befundberichte bei!

**6. Bei Struma/ Kropfgeschwulst**Struma/ Kropf Grad  0  1  1a  1b  2  3Ist die Kropfgeschwulst in den letzten Jahren gewachsen?  nein  jaIst die Kropfgeschwulst zum Stillstand gekommen?  nein  ja**7. Bitte nennen Sie uns die Ursache für die Beschwerden.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> unbekannt               | <input type="checkbox"/> familiär bedingt                              |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörung           | <input type="checkbox"/> Ernährung                                     |
| <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme    | <input type="checkbox"/> Genussgifte (z.B. Alkohol, Nikotin, Kaffee)   |
| <input type="checkbox"/> Gendefekt               | <input type="checkbox"/> Folge einer anderen Erkrankung, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ |  |

**8. Wie äußern sich die Beschwerden?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit, Schlafstörungen     | <input type="checkbox"/> Unruhe, Nervosität                  |
| <input type="checkbox"/> übermäßiges Schwitzen          | <input type="checkbox"/> spröde, brüchige Haare/ Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit (frieren) | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme                     |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden             | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme                     |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen          | <input type="checkbox"/> sonstige: _____                     |

**9. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?**

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

**10. Wie werden/ wurden die Beschwerden behandelt?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Behandlung   | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> ärztlich begleitete Ernährungsberatung/ Ernährungstherapie       | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Hormonbehandlung von _____ (Monat/ Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Medikament(e), Präparatename(n): _____                           | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Radiojodtherapie von _____ (Monat/ Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> ambulante Operation: Wann? _____ (Monat/ Jahr)                   | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| Was wird/ wurde gemacht? _____  |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____  | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| Wann? _____ (Monat/ Jahr)   |   |

**11. 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

**12. 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)

**13. 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