

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Leber, Galle und Bauchspeicheldrüse 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.)

GOT: _____ U/l	MCV: _____ /fl	Bilirubin direkt: _____ mg/dl
GPT: _____ U/l	alkalische Phosphatase AP: _____ U/l	Bilirubin gesamt: _____ mg/dl
Gamma-GT: _____ U/l	Lipase: _____ U/l	Blutzuckerwert: _____
Amylase: _____	CRP: _____	HbA1c: _____

5. Bitte nennen Sie uns die Ursache für die Beschwerden.

- unbekannt Alkoholgenuss Infektion
 Ernährung Medikamenteneinnahme andere Genussgifte (z.B. Nikotin, Kaffee)
 Folge einer anderen Erkrankung, welche: _____
 sonstige, welche: _____

6. Wie äußern sich die Beschwerden?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kolik(en) | <input type="checkbox"/> Übelkeit/ Erbrechen | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Gelbfärbung der Haut | <input type="checkbox"/> Verfärbung Stuhl/ Urin |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Druck-/ Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Juckreiz |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | |

D510104

7. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?

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

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

- keine
- Ultraschall (Bitte Befundbericht beifügen) geplant/ empfohlen
- Biopsie (Bitte Befundbericht beifügen) geplant/ empfohlen
- bildgebende Verfahren: _____ geplant/ empfohlen
- Welche? _____ (Bitte Befundbericht beifügen)
- sonstige, welche? _____ (Bitte Befundbericht beifügen) geplant/ empfohlen

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

- keine Behandlung
- Medikament(e), Präparatename(n): _____ geplant/ empfohlen
- Einnahme: von _____ (Monat/Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr)
- ambulante Operation: Wann? _____ (Monat/ Jahr) Weshalb? _____ geplant/ empfohlen
- sonstige: _____ geplant/ empfohlen
- _____ geplant/ empfohlen
- _____ geplant/ empfohlen

10. 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

11. 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)

12. 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