

Antwort

Absender

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

---

---

---

D510104

## Arztbericht/ Befundbericht Magen- und Darmerkrankungen

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	Calprotectin: _____
LDL: _____ mg/dl	GPT: _____ U/l	CRP: _____
Gesamtcholesterin: _____ mg/dl	Gamma-GT: _____ U/l	
Triglyceride: _____ mg/dl	Blutzuckerwert: _____	
Harnsäure: _____ mg/dl	HbA1c: _____	

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

- unbekannt  Stress, Nervosität, psychische Einflüsse  
 Helicobacter-Bakterien  Genussgifte (Nikotin, Alkohol, Kaffee)  
 Lebensmittelunverträglichkeit  Medikamenteneinnahme  
 Hiatushernie (Zwerchfellbruch)  Verstopfung  
 sonstige, welche? \_\_\_\_\_

### 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?**

D510104

- keine  
 Magenspiegelung (Bitte Befundbericht beifügen)  geplant/ empfohlen  
 Darmspiegelung (Bitte Befundbericht beifügen)  geplant/ empfohlen  
 Test auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten/-Intoleranzen:  geplant/ empfohlen  
 Welche(r)? \_\_\_\_\_  ohne Befund  mit Befund \_\_\_\_\_  
 sonstige, welche? \_\_\_\_\_ (Bitte Befundbericht beifügen)  geplant/ empfohlen

**8. 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)  
 sonstige: \_\_\_\_\_  geplant/ empfohlen  
 \_\_\_\_\_  geplant/ empfohlen  
 \_\_\_\_\_  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)**

- nein  ja:  stationärer Aufenthalt Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  geplant/ empfohlen  
 Kur-/ Rehamaßnahme Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  geplant/ empfohlen

**10. 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)

**11. 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