

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Neubildungen/ Tumore

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: _____	

5. Nähere Informationen zur Tumorerkrankung:

5.1 Es handelt(e) sich um einen gutartigen Tumor bösartigen Tumor

5.2 Tumorklassifikation

TNM-Klassifikation T: _____ N: _____ M: _____ Weitere Informationen: _____

5.3 Zeitraum der Erkrankung:

Erstmals diagnostiziert _____ (Monat/ Jahr) krebsfrei seit _____ (Monat/ Jahr)

Wann fand die letzte Krebsnachsorgeuntersuchung statt? _____ (Monat/ Jahr)

D510104

Welchen Befund hat diese ergeben? _____ (Bitte legen Sie den Befundbericht bei.)

6. Welche Beschwerden/ Spätfolgen bestehen oder bestanden?

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> psychosoziale Probleme |
| <input type="checkbox"/> Polyneuropathie | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung |
| <input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit | | | |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung(en) | | | |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung(en) des Magen-Darm-Traktes | | | |
| <input type="checkbox"/> Kiefernekrose | | | |
| <input type="checkbox"/> kognitive Einschränkungen | | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | | |

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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine Behandlung | | | |
| <input type="checkbox"/> Strahlentherapie: Anzahl Sitzungen: _____ Zeitraum (von-bis): _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen | |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie: Anzahl Zyklen: _____ Zeitraum (von-bis): _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen | |
| <input type="checkbox"/> Knochenmarks- und Stammzelltherapie | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen | |
| <input type="checkbox"/> operative Entfernung, wann? _____ (Monat/ Jahr) | | <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 | |

8. 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 |

9. 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) |

10. 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