

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Schilddrüsenerkrankungen

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.)

TSH: _____
T3: _____
T4: _____

5. Wurden bildgebende Verfahren durchgeführt?

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

Bitte legen Sie die Befundberichte bei!

6. Bei Struma/ Kropfgeschwulst

Struma/ Kropf Grad 0 1 1a 1b 2 3

Ist die Kropfgeschwulst in den letzten Jahren gewachsen? nein ja

Ist die Kropfgeschwulst zum Stillstand gekommen? nein ja

7. 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: _____ |

D510104

8. Wie wird/ wurde die Schilddrüsenerkrankung bzw. Funktionsstörung behandelt?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine Behandlung | | |
| <input type="checkbox"/> Medikament(e), Präparatename(n): _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Radiojodtherapie: Zeitraum 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 wurde gemacht? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Strahlen-, Chemotherapie: Wann? _____ (Monat/ Jahr) | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| Wann? _____ (Monat/ Jahr) | | |

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)

- | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---|---------------------------|---|
| <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 |

10. 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) |

11. War Ihr Patient/ Ihre Patienten 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