

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht sonstige Erkrankungen

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: _____	

Ergebnisse der letzten 3 Blutdruckmessungen:

RR _____ / _____ gemessen am: _____ mit Medikament? nein ja
RR _____ / _____ gemessen am: _____ mit Medikament? nein ja
RR _____ / _____ gemessen am: _____ mit Medikament? nein ja

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. 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. 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

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)

- nein ja: stationärer Aufenthalt Wann? _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen
- Kur-/ Rehamassnahme Wann? _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen

9. 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)

10. War der Patient/ die Patientin wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

- nein ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): _____ (Datum/ Zeitraum)
- _____ (Datum/ Zeitraum)
- _____ (Datum/ Zeitraum)

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift