

Antwort

Absender

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

---

---

---

D510104

## Arztbericht/ Befundbericht Übergewicht

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

