

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Untergewicht

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: _____	Ca: _____
LDL: _____ mg/dl	GPT: _____ U/l	T3: _____	Phos: _____
Gesamtcholesterin: _____ mg/dl	Gamma-GT: _____ U/l	T4: _____	
Triglyceride: _____ mg/dl	Blutzuckerwert: _____	HKT: _____	
Harnsäure: _____ mg/dl	HbA1c: _____	GE: _____	

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

