

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Urologie/ Männerheilkunde

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. Welche Erkrankung(en) oder Beschwerden bestehen/ bestanden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Phimose | <input type="checkbox"/> Hypospadie |
| <input type="checkbox"/> Balanitis | <input type="checkbox"/> Penisbruch |
| <input type="checkbox"/> Vasektomie | <input type="checkbox"/> Penisverkrümmung |
| <input type="checkbox"/> Hodenentzündung | <input type="checkbox"/> Hodenhochstand |
| <input type="checkbox"/> Nebenhodenentzündung | <input type="checkbox"/> Hodentorsion |
| <input type="checkbox"/> Hydrozele | <input type="checkbox"/> Spermatozele |
| <input type="checkbox"/> Prostatentzündung | <input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung |
| <input type="checkbox"/> erektile Dysfunktion | <input type="checkbox"/> Testosteronmangel |
| <input type="checkbox"/> Klinefelter-Syndrom | <input type="checkbox"/> Alopezie |
| <input type="checkbox"/> Tumor(e) | <input type="checkbox"/> Kondylome |
| <input type="checkbox"/> Lichen sclerosus | <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ |

- Infertilität (Unfruchtbarkeit), falls bekannt Ursache: _____
(Bitte reichen Sie die Kopie des Spermioграмms mit ein.)

2.1 bösartige Neubildung (Krebs)

- nein
- ja, im Bereich des Penis der Hoden der Prostata sonstige, wo? _____
Wann wurde die Diagnose gestellt? _____ (Monat/ Jahr)
Wann wurde die letzte Nachsorgeuntersuchung durchgeführt? _____ (Monat/ Jahr)

Bitte reichen Sie die Kopien der Befundberichte mit ein!

2.2 Sterilität/ Unfruchtbarkeit

- nein ja, Ursache _____ abschließende Diagnostik steht noch aus
- es wurde eine Sterilisation durchgeführt _____ (Monat/Jahr)

3. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?

- Einmalig? Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Wiederholt? Wann jeweils? _____ (Monat/ Jahr)
 Wann zuletzt? _____ (Monat/ Jahr)
 Dauerhaft? Seit wann? _____ (Monat/ Jahr)

D510104

4. 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)
 ambulante Operation: Wann? _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen
 Weshalb? _____
 Strahlen-, Chemotherapie, Kyrotherapie geplant/ empfohlen
 sonstige: _____ geplant/ empfohlen

5. 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

6. 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)

7. War Ihr Patient/ Ihre Patientin wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

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

Ort, Datum_____
Stempel, Unterschrift