

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Venenerkrankungen

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. Welche Ursachen sind Ihnen für die Venenerkrankung bekannt?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> angeborene Bindegewebsschwäche |
| <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Gefäßmissbildungen |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel | <input type="checkbox"/> Folgen einer Operation | <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ |

5. Welche Beschwerden bestehen oder bestanden?

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Schwellung (Ödembildung) | <input type="checkbox"/> Krämpfe |
| <input type="checkbox"/> Missempfindungen | <input type="checkbox"/> Hautveränderungen | <input type="checkbox"/> Juckreiz |
| <input type="checkbox"/> Venenentzündung | <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Geschwüre |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ | | |

Bestehen aktuell noch Beschwerden? nein ja, welche? _____

6. Wie wird/ wurde behandelt? Ist eine der genannten Behandlungen geplant oder empfohlen?

- keine Behandlung
 Kompressionsstrümpfe geplant/ empfohlen
 Sklerosetherapie (Verödung) geplant/ empfohlen
 Medikament(e), Präparatename(n): _____ geplant/ empfohlen
 Einnahme: von _____ (Monat/ Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr)
 Operation (z. B. Venenstripping) wann? _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen
 Endovenöse Verfahren, wann? _____ (Monat/ Jahr) geplant/ empfohlen
 sonstige, welche: _____ geplant/ empfohlen

D510104

7. 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

8. 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)

9. 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