

Antwort

Absender

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

---

---

---

D510104

## Arztbericht/ Befundbericht Wirbelsäulen- und Rückenbeschwerden 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. In welchem Bereich bestehen/ bestanden die Beschwerden?

- Halswirbelsäule (HWS)  Brustwirbelsäule (BWS)  Lendenwirbelsäule (LWS)  
 Ileosakralgelenk (ISG)  Schulter(n)  Becken

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

- Verspannungen  BWS-/HWS-/LWS-Syndrom  Hexenschuss  
 Blockade  steifer Nacken/ Hals  Wirbelgleiten  
 Morbus Bechterew/ Rheuma  Spinalkanalstenose  Morbus Scheuermann
- Bandscheibenvorwölbung:  HWS  BWS  LWS  
 Bandscheibenvorfall:  HWS  BWS  LWS  operiert, wann: \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)
- Schulter-Arm-Syndrom:  links  rechts  beidseits  
 Schulterbeschwerden:  links  rechts  beidseits  
 Hüftbeschwerden:  links  rechts  beidseits  
 Fußheberschwäche:  Ausstrahlung in Beine/ Arme  
 sonstige, welche: \_\_\_\_\_

**5. Welche Ursachen sind Ihnen für die Wirbelsäulenerkrankung/ -beschwerden bekannt?**

- |  |  |         |
|--|--|---------|
| <input type="checkbox"/> unbekannt   | <input type="checkbox"/> Fehlhaltung (z. B. langes Sitzen / Autofahren)  |         |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma                                       | <input type="checkbox"/> degenerative Veränderungen (Verschleiß)   |         |
| <input type="checkbox"/> Unfall/ Verletzung                                    | <input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz: <input type="checkbox"/> links ___ cm <input type="checkbox"/> rechts ___ cm | D510104 |
| <input type="checkbox"/> Wirbelbruch   | <input type="checkbox"/> angeborene Wirbelsäulenveränderungen  |         |
| <input type="checkbox"/> Überlastung des Rückens (z. B. Sport, schweres Heben) |  |         |
| <input type="checkbox"/> Hüftgelenksveränderungen/ Beckenschiefstand:          | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts   |         |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose), Cobbwinkel:       | <input type="checkbox"/> über 20° nach Cobb <input type="checkbox"/> unter 20° nach Cobb                                   |         |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche: _____                               |  |         |

**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. Wurden bildgebende Verfahren durchgeführt?**

- nein
- ja, welche \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)
- \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)
- \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)

Bitte legen Sie die Befundberichte bei!

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

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Behandlung                            | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Einlagen                                    | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie                              | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Injektionen                                 | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Wärme, Bestrahlung, Fango                   | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapie                               | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur                                  | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Funktionstraining/ Reha-Sport/ Rückenschule | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> sonstige:<br>_____                          | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> weiterhin notwendig <input type="checkbox"/> empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Medikament(e), Präparatename(n): _____      |   |   |

**9. 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

**10. 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)

