

ALTE OLDENBURGER
Postfach 1363
49362 Vechta

Vorgangs-Nr.:**Person:** _____ **geb. am** _____**wohnhaft in:** _____**Diagnose:** **Adipositas**

Die nachfolgenden Angaben erfolgen:
(vom Arzt anzukreuzen!)

- nach einer aktuellen Untersuchung (anfallende Kosten
übernimmt der Antragsteller)
 nach den vorliegenden Patientendaten

1. Angaben zu Körpergröße und Gewicht:
Wann wurden diese Befunde erhoben? _____
Angaben zu den vorhandenen Laborwerten - nicht älter als **sechs** Monate -
(Blutzucker, HDL, LDL, Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, GPT, Y-GT, GOT):

Angaben zu den Blutdruckwerten:

-
2. Krankheitsvorgeschichte:
Seit wann besteht Adipositas?

-
3. Wurde die o.g. Person wegen dieser Erkrankung schon früher von Ihnen behan-
delt?

ja nein

Angabe der jeweiligen Behandlungsdaten:

Person: _____ **geb. am** _____

VD510101

wohnhaft in: _____

Diagnose: **Adipositas**

4. Wurde die o.g. Person wegen "Adipositas" bereits von anderen Ärzten oder auch von Heilpraktikern behandelt?

Wenn ja: Wann und durch wen?

5. Wie viele Arztkontakte fanden in den letzten 36 Monaten statt?
-

6. Sind Sie für o.g. Person als Hausarzt tätig?

__ ja Seit wann?

__ nein Wer dann?

7. An welchen anderen Krankheiten hat der o.g. Person schon gelitten (Bitte entsprechende Zeitangaben)?
-

8. Von wem wurde Ihnen o.g. Person überwiesen?
-

9. Welche Therapie wird z.Zt. angewandt (z.B. Medikamentenangabe, täglicher Bedarf etc.)?
-

10. Sind weitere Behandlungen erforderlich (Angabe über Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsintensität)?

Person: _____ geb. am _____

VD510101

wohnhaft in: _____

Diagnose: **Adipositas**

11. War oder ist o.g. Person wegen obiger Diagnose zeitlich begrenzt arbeits- oder berufsunfähig?

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift