

ALTE OLDENBURGER
Postfach 1363
49362 Vechta

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

Die nachfolgenden Angaben erfolgen:
(vom Arzt anzukreuzen!)

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

1. Wie lautet die vollständige wissenschaftliche Diagnose?

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

ja Seit wann?

nein Wer dann?

3. Von wem wurde Ihnen o.g. Person gegebenenfalls überwiesen?

4. Haben Sie o.g. Person wegen dieser Erkrankung bereits früher behandelt
(Angaben der Arztkontakte innerhalb der letzten 36 Monate)?

Person: _____ geb. am _____

VD510101

wohnhaft in: _____

Diagnose: **Allergieerkrankung**

5a. Zu welchem Zeitpunkt sind die ersten Krankheitssymptome aufgetreten?

5b. Welche Krankheitssymptome sind aufgetreten?

5c. Leidet o.g. Person an Asthma bronchiale, chronischer Bronchitis oder einem Lungenemphysem?

5d. Kreuzen Sie bitte an, welche Körperteile betroffen sind bzw. waren und geben Sie an, welche Beschwerden bei welchen Gelegenheiten auftraten und wie lange sie anhielten:

Beispiel:

<input checked="" type="checkbox"/> Augen	<i>tränen und brennen</i>	<i>bei Flug vonpollen</i>	<i>4 Wochen</i>
<input type="checkbox"/> Augen	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nase	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Atmung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Haut	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Magen/Darm	_____	_____	_____

6. Welche Befunde haben Sie zuletzt erhoben? (Bitte Datum mit angeben!)

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

RR: _____ mm Hg

Wann wurden diese Befunde erhoben? _____

Ergebnisse von Laboruntersuchungen (bitte Befundkopien beilegen)?

Ergebnisse von diagnostischen Untersuchungen (z.B. Provokationstest - bitte Befundkopien beilegen)

Person: _____ geb. am _____

VD510101

wohnhaft in: _____

Diagnose: **Allergieerkrankung**

7. Welche Therapie führen Sie zur Zeit durch (z.B. tägliche Medikamentendosierung usw.)?

8. Sind weitere Behandlungen notwendig, gegebenenfalls wann sind diese abgeschlossen?

9. Wegen welcher anderer Krankheiten haben Sie die o.g. Person in den letzten 36 Monaten behandelt (Bitte entsprechende Zeitangaben)?

10. Wurde o.g. Person wegen der o.g. beschriebenen Erkrankung bereits von anderen Ärzten oder Heilpraktikern behandelt?
Falls bekannt, wann und von wem?

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

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift