

ALTE OLDENBURGER
Postfach 1363
49362 Vechta

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

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. Wie viele Arztkontakte fanden wegen der o.g. Diagnose in den letzten 36 Monaten statt?

Person: _____ **geb. am** _____

VD510101

wohnhaft in: _____

Diagnose: _____

5. Zu welchem Zeitpunkt sind die ersten Krankheitssymptome aufgetreten?

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)?

Resultate bildgebender Verfahren (bitte Befundkopien beilegen)?

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

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

9. Erfolgten Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen wegen eines unerfüllten Kinderwunsches? Wenn ja, konnten weibliche Sterilitätsursachen festgestellt werden bzw. ist noch eine weitere Ausschlussdiagnostik erforderlich/geplant?

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

Person: _____ **geb. am** _____

VD510101

wohnhaft in: _____

Diagnose: _____

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

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

Ort, Datum

Unterschrift