

ALTE OLDENBURGER  
Postfach 1363  
49362 Vechta

**Vorgangs-Nr.:**

**Person:** \_\_\_\_\_ **geb. am** \_\_\_\_\_

**wohnhaft in:** \_\_\_\_\_

**Diagnose:** **Hauterkrankung**

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: **Hauterkrankung**

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. 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?

**Person:** \_\_\_\_\_ **geb. am** \_\_\_\_\_

VD510101

**wohnhaft in:** \_\_\_\_\_

**Diagnose:** **Hauterkrankung**

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

ja  nein

---

12. Welche Körperstellen sind in welchem Umfang/Größe betroffen?

---

Ort, Datum

---

Unterschrift