

Antwort

Absender

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

D510104

Arztbericht/ Befundbericht Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe sowie Blutgerinnungsstörungen

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. Angaben zu Größe und Gewicht

Größe _____ cm Gewicht _____ kg evtl. BMI _____
 gemessen am _____

4. Ergebnisse der letzten Untersuchungen (Bitte reichen Sie den hämatologischen Befund mit ein.)

Labor am: _____ (Werte, die nicht ermittelt wurden, bitte streichen.)

HDL	_____ mg/dl	GOT	_____ U/l	TSH	_____
LDL	_____ mg/dl	GPT	_____ U/l	T3	_____
Gesamtcholesterin	_____ mg/dl	Gamma-GT	_____ U/l	T4	_____
Triglyceride	_____ mg/dl	Blutzuckerwert	_____	MVC	_____ fl
Harnsäure	_____ mg/dl	HbA1c	_____	MCH	_____ pg
Neutrophile	_____ %	Neutrophile abs.	_____ G/l	MCHC	_____ g/dl
Eosinophile	_____ %	Eosinophile abs.	_____ G/l	Hämoglobin	_____ g/dl
Basophile	_____ %	Basophile abs.	_____ G/l	Hämatokrit	_____ %
Monozyten	_____ %	Monozyten abs.	_____ G/l	Thrombozyten	_____ G/l
Lymphozyten	_____ %	Lymphozyten abs.	_____ G/l		
Leukozyten	_____ G/l	Erythrozyten	_____ T/l		

5. Bitte nennen Sie uns die Ursache für die Erkrankung/ Beschwerden.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> familiär/ genetisch bedingt |
| <input type="checkbox"/> innere/ äußere Blutungen | <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme |
| <input type="checkbox"/> Sepsis | <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Nieren |
| <input type="checkbox"/> Mangelerscheinungen | |
| <input type="checkbox"/> Entzündung(en), welche? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Infektion(en), welche? | _____ |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? | _____ |

D510104

6. Welche Beschwerden bestehen oder bestanden?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> vergrößerte Milz | <input type="checkbox"/> vergrößerte Leber |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | _____ | | |

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

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine Behandlung | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Transfusion(en): Welche? _____ Wann? _____ (Monat/ Jahr) | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie: Anzahl Zyklen: _____ Zeitraum (von-bis): _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Knochenmarks- und Stammzelltherapie | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Medikament(e), Präparatename(n): _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| Einnahme: von _____ (Monat/Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr) | | |
| <input type="checkbox"/> Injektionen, Präparatename(n): _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| Einnahme: von _____ (Monat/Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr) | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |

8. Fand wegen der genannten Erkrankung(en) ein stationärer Aufenthalt oder eine Kur-/ Rehamaßnahme statt oder ist eine solche geplant/ empfohlen? (Bitte Krankenhaus-/Kurentlassungsbericht beilegen)

- | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---|---------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> stationärer Aufenthalt | Wann? _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| | | <input type="checkbox"/> Kur-/ Rehamaßnahme | Wann? _____ (Monat/ Jahr) | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |

9. Wurde der Patient/ die Patientin noch wegen anderen Erkrankungen/ Beschwerden von Ihnen behandelt (in den letzten 36 Monaten)?

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wegen | |
| | Diagnose: _____ | zuletzt: _____ (Monat/ Jahr) |
| | Diagnose: _____ | zuletzt: _____ (Monat/ Jahr) |
| | Diagnose: _____ | zuletzt: _____ (Monat/ Jahr) |

10. War der Patient/ die Patientin wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

- | | | |
|-------------------------------|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): | _____ (Datum/ Zeitraum) |
| | | _____ (Datum/ Zeitraum) |
| | | _____ (Datum/ Zeitraum) |

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift