

Antwort

Absender

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D510104

## Arztbericht/ Befundbericht Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen 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

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: _____	
Harnsäure: _____ mg/dl	HbA1c: _____	

### Ergebnisse der letzten 3 Blutdruckmessungen:

RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ gemessen am: \_\_\_\_\_ mit Medikament?  nein  ja

RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ gemessen am: \_\_\_\_\_ mit Medikament?  nein  ja

RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ gemessen am: \_\_\_\_\_ mit Medikament?  nein  ja

**5. Welche Erkrankungen/ Beschwerden bestanden oder bestehen?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen, Herzrasen  | <input type="checkbox"/> Schwindel            |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen  | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen        |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler   | <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen   | <input type="checkbox"/> Atemnot              |
| <input type="checkbox"/> Arterienverkalkung/ Herzinfarkt/ koronare Herzerkrankung/ Angina pectoris |   |
| <input type="checkbox"/> Beteiligungen sonstiger Organe: _____                                     |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige Ausfälle/ Beschwerden: _____                                     |   |

D510104

**6. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?**

- Einmalig? Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)
- Wiederholt? Wann jeweils? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)
- Wann zuletzt? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)
- Dauerhaft? Seit wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)

**7. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt oder sind geplant/ empfohlen?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine   |  | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> 24h Blutdruckmessung: Wann? _____ (Monat/ Jahr) Tagesmittelwert _____ |  | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Angiografie (Bitte Befundbericht beifügen)                            |  | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Doppler-/Duplexsonografie (Bitte Befundbericht beifügen)              |  | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> EKG (Bitte Befundbericht beifügen)                                    |  | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG (Bitte Befundbericht beifügen)                           |  | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> Herzkatheteruntersuchung (Bitte Befundbericht beifügen)               |  | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ (Bitte Befundbericht beifügen)                |  | <input type="checkbox"/> geplant/ empfohlen |

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

- keine Behandlung
- Medikament(e), Präparatename(n): \_\_\_\_\_  geplant/ empfohlen
- Einnahme: von \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) bis \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)
- sonstige: \_\_\_\_\_  geplant/ empfohlen
- \_\_\_\_\_  geplant/ empfohlen
- \_\_\_\_\_  geplant/ empfohlen

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

- nein  ja:  stationärer Aufenthalt Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  geplant/ empfohlen
- Kur-/ Rehamaßnahme Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  geplant/ empfohlen

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

- nein  ja, wegen
- Diagnose: \_\_\_\_\_ zuletzt: \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)
- Diagnose: \_\_\_\_\_ zuletzt: \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)
- Diagnose: \_\_\_\_\_ zuletzt: \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)

**11. War Ihr Patient/ Ihre Patientin wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?**

- nein  ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): \_\_\_\_\_ (Datum/ Zeitraum)
- \_\_\_\_\_ (Datum/ Zeitraum)
- \_\_\_\_\_ (Datum/ Zeitraum)

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift