

pagel & kollegen

Bitte verwenden Sie folgende Unterlagen
für die entsprechenden Krankheitsbilder:

Allergische Erkrankungen / Asthma Augenkrankheiten Frauenkrankheiten	Blatt 2
Gehörerkrankungen / Schwerhörigkeit Hautleiden Herz-, Blutgefäß- und Kreislaufkrankungen	Blatt 3
Krampfadern, Venenerkrankungen, Hämorrhoiden Lungenkrankheiten Magen-, Darm-, Leber- und Gallenerkrankungen	Blatt 4
Migräne / Kopfschmerzen Nieren-, Harnwegs-, Prostataerkrankungen Schilddrüsenerkrankungen	Blatt 5
Verletzungen Wirbelsäulen- und Gelenksleiden, Bandscheibenschaden	Blatt 6
Psychische Erkrankungen einschließlich möglicher psychosomatischer Beschwerden Sonstige Erkrankungen	Blatt 7
Zahnbehandlungen, Kieferbehandlungen aktueller Zahnstatus	Blatt 8

Antrag vom: _____

Name/Vorname des Antragstellers: _____

Anschrift: _____ PLZ/Ort _____

Geb.: _____ Größe: _____ cm / Gewicht: _____ kg

ALLERGISCHE ERKRANKUNGEN / ASTHMA

1. Wie wurde die Allergie ärztlicherseits bezeichnet?

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

- Wann sind sie erstmals aufgetreten? Wann zuletzt?

3. Bestehen oder bestanden jemals asthmatische Beschwerden?

- Wie oft?

- Zeitdauer der Anfälle?

- Bei welchen Gelegenheiten?

4. Ist eine Kurbehandlung durchgeführt worden?

ja nein

AUGENKRANKHEITEN

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

Ist eine Operation angeraten oder beabsichtigt?

ja nein

3. Wie wurde behandelt?

4. Wurden Sie operiert?

ja nein

5. Wurde der Krankheitszustand durch die Operation behoben?

ja nein

FRAUENKRANKHEITEN

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

- Wann sind sie erstmals aufgetreten? Wann zuletzt?

3. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

4. Wie wurde behandelt? (Operation? Bestrahlung?)

Vermittler:

5. Folgende Stoffe/Substanzen rufen eine allergische Reaktion hervor:

6. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

7. Wie wurde behandelt?

8. Ist eine Hyposensibilisierung vorgesehen?

ja nein

9. Wurde eine bestimmte Diät verordnet? ja nein
- Welche?

10. Welche Arzneimittel nehmen Sie ein? -
Dosierung?

11. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

12. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

6. Bestehen jetzt noch Beschwerden/Folgen?

ja nein

- Wenn ja: Welche?

7. Falls Brillenträger: - Welche Stärken haben Ihre Gläser?

- Wann hat sich die Sehstärke letztmalig geändert?

8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

9. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

5. In welchen Zeitabständen müssen Sie sich einer Kontrolluntersuchung unterziehen?

6. Hatten Sie Fehlgeburten? ja nein

- Wann? Ursache?

7. Liegt eine Sterilität/Infertilität vor? ja nein

8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

9. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Ort Datum

Unterschrift

Antrag vom:

Name/Vorname des Antragstellers:

Anschrift:

Geb.: Größe: cm / Gewicht: kg

GEHÖRERKRANKUNG, SCHWERHÖRIGKEIT1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?
(z.B. Meniere'sche Erkrankung, Labyrinthkrankheit, Tinnitus, Hörsturz)

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

3. Wann und wie kam es zu der Gehörererkrankung?

4. Tragen Sie ein Hörgerät? ja nein5. Besteht eine Durchlöcherung des Trommelfells?
 ja nein6. Leiden Sie an Schwindelanfällen?
- Wann zuletzt? ja nein**HAUTLEIDEN**1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?
(z.B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)

2. An welchen Körperstellen ist die Hauterkrankung aufgetreten?

3. In welchem Umfang? (Größe der Flächen)

4. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

5. Wie wurde behandelt? (z.B. Medikamente, Salben, Bestrahlung)

HERZ-, BLUTGEFÄSS und KREISLAUFERKRANKUNGEN

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Welche Beschwerden/Symptome hatten bzw. haben Sie?
(z.B. Herzklopfen, Atemnot, Beängstigung, Herzschmerzen, Schwindel oder Gefühlsstörungen in den Extremitäten)

- Wann sind sie erstmals aufgetreten? -Wann zuletzt?

3. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

4. Wie wurde behandelt?

Vermittler:

7. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

Ist eine Operation angeraten oder beabsichtigt? ja nein

8. Wie wurde behandelt?

9. Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein
- Welche?10. Ist der Krankheitszustand operativ zu beheben?
 ja nein

11. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

12. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

6. Ist eine Krankenhaus-/Kurbehandlung durchgeführt worden?
- Wann? ja nein7. Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein
- Welche?

- Wenn nein: Seit wann sind Sie beschwerdefrei?

8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

9. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

5. Ist eine Krankenhaus-/Kurbehandlung durchgeführt worden?
- Wann? ja nein6. Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein
- Welche?7. Wann wurde zuletzt der Blutdruck ohne Medikamenteneinnahme gemessen?
- Werte:
Angabe der Cholesterinwerte, falls bekannt:

8. Welches Arzneimittel nehmen Sie ein? -Dosierung?

9. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

10. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Ort Datum

Unterschrift

Antrag vom: _____

Name/Vorname des Antragstellers: _____

Anschrift: _____

Geb.: _____ Größe: _____ cm / Gewicht: _____ kg

Vermittler: _____

KRAMPFADERN, VENENERKRANKUNGEN, HÄMORRHOIDEN

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Welche Beschwerden/Symptome hatten bzw. haben Sie?

3. Bei Krampfadern: _____ - Wo bestehen sie?

- In welcher Ausprägung? (gänsekiel dick, bleistift- oder fingerdick)

4. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?
Ist eine Operation angedacht oder beabsichtigt?
 ja nein

5. Wie wurde behandelt?

6. Wurden Sie operiert? ja nein
- Wann?

- Wenn nein: Seit wann sind Sie beschwerdefrei?

7. Wurde durch eine Operation völlige Heilung erzielt?
 ja nein

8. Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein
- Welche?

9. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

10. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

LUNGENKRANKHEITEN

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?
(z.B. Bronchitis, Lungen-, Rippenfellentzündung)

2. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

3. Wie wurde behandelt?

4. Ist eine Krankenhaus-/Kurbehandlung durchgeführt worden?
 ja nein
- Wann?

5. Wurden Sie operiert? ja nein
- Wann?

6. Wurde durch die Operation völlige Heilung erzielt?
 ja nein

7. Bestehen jetzt noch Beschwerden/Folgen? ja nein
- Welche?

8. Stehen Sie noch unter ärztlicher Kontrolle oder Beobachtung? ja nein
- In welchen Abständen?

9. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

10. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

MAGEN-, DARM-, LEBER- und GALLENERKRANKUNGEN

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

- Wann sind sie erstmals aufgetreten?
- Wann zuletzt?

3. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

4. Wie wurde behandelt?

5. Wurden Sie operiert? ja nein
- Wann?

6. Welche Arzneimittel nehmen Sie ein? - Dosierung?

7. Wurde eine bestimmte Diät verordnet? ja nein
- Welche?

8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

9. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Ort Datum _____

Unterschrift _____

Antrag vom:

Name/Vorname des Antragstellers:

Anschrift:

Geb.: Größe: cm / Gewicht: kg

Vermittler:

MIGRÄNE / KOPFSCHMERZEN

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

- Wann sind sie erstmals aufgetreten?

- Wann zuletzt?

- In welchen Abständen?

3. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

4. Wie wurde behandelt?

5. Welche Arzneimittel nehmen Sie ein? - Dosierung?

6. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

7. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

NIEREN-, HARNWEGS-, PROSTATAEKRANKUNGEN

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

Wurde Ihr Blutdruck gemessen? ja nein

Welche Werte?

3. Wie wurde behandelt?

4. Wurden Sie operiert? ja nein

- Wann?

5. Haben Sie noch Beschwerden? ja nein

- Welche?

6. Stehen Sie noch unter ärztlicher Kontrolle oder Beobachtung? ja nein

- In welchen Abständen?

7. Bei Nierenerkrankungen: Welche Niere ist betroffen?

- Ist die andere Niere völlig gesund und funktionsfähig?

8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

9. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

SCHILDDRÜSENERKRANKUNGEN

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Welche Beschwerden/Symptome hatten bzw. haben Sie? (z.B. Atemnot, Heiserkeit, Beängstigungen, erhöhte Herzfrequenz, Schilddrüsenvergrößerung, Vordrängung der Augäpfel)

- Wann sind sie zuletzt aufgetreten?

3. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

Ist eine Operation angeraten oder beabsichtigt?

 ja nein

4. Wie wurde/wird behandelt?

5. Ist die Kropfgeschwulst in den letzten Jahren gewachsen, zum Stillstand gekommen oder hat es sich zurückgebildet?

Liegt Struma vor? ja neinBestehen Zysten / Knoten? ja nein

Welche Funktionslage liegt vor?

6. Wurden Sie operiert? ja nein

- Wann?

7. Welche Arzneimittel nehmen Sie ein? - Dosierung?

8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

9. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Ort Datum

Unterschrift

Antrag vom:

Name/Vorname des Antragstellers:

Anschrift:

Geb.: Größe: cm / Gewicht: kg

Vermittler:

VERLETZUNGEN

1. Wie wurde die Verletzung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Wann erlitten Sie die Verletzung?

3. Welche Körperteile (bitte auch angeben, ob rechts, links oder beidseitig) bzw. innere Organe wurden verletzt?

4. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

5. Wie wurde behandelt?

6. Bestehen jetzt noch Beschwerden/Folgen?

 ja nein - Welche?7. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?
(z.B. Metallentfernung, Krankengymnastik)8. Wer trägt die Kosten für die Folgen der Verletzung?
(z.B. Berufsgenossenschaft, Unfallgegner)

9. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

10. Erfolgte eine Operation? ja nein
Metallteile? ja nein Wieder entfernt? ja nein**WIRBELSÄULEN- und GELENKLEIDEN, BANDSCHEIBENSCHADEN**

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

- Wann sind sie erstmals aufgetreten? Wann zuletzt?

- In welchen Abständen?

3. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

4. Wie wurde behandelt?

- Wie häufig fanden diese Behandlungen statt?

5. Wurden Sie operiert? ja nein

- Wann?

6. Bei Wirbelsäulenverbiegung (Skoliose): Wurde der "Cobb-Winkel" festgestellt?

 ja nein - Grad

7. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

8. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Ort Datum

Unterschrift

Antrag vom: _____
 Name/Vorname des Antragstellers: _____
 Anschrift: _____ PLZ/Ort _____
 Geb.: _____ Größe: _____ cm / Gewicht: _____ kg

Vermittler: _____

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN, PSYCHOSOMATISCHE ERKRANKUNGEN

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (wenn bekannt ICD-Code)?

 2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

 3. Welche Art von Therapien wurden durchgeführt?
 ambulant stationär Kur
 Anzahl und Dauer der Sitzungen:

 4. Welche Arzneimittel nehmen bzw. nahmen Sie ein?
 Dosierung:
 Einnahme von/bis:

5. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

 6. Wurde ein Suizidversuch unternommen?
 Wann?

 7. Ist die Therapie abgeschlossen ?
 ja, seit wann:
 nein, wie lange wird sie noch dauern?
 Welche Medikamente bzw. Heilmaßnahmen sind noch notwendig?

 8. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

SONSTIGE KRANKHEITEN

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

 2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

 3. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

 4. Wie wurde behandelt?

5. Bestehen jetzt noch Beschwerden? ja nein
 - Welche?

 6. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

 7. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Ort Datum _____

Unterschrift _____

Antrag vom:
 Name/Vorname des Antragstellers:
 Anschrift: _____ PLZ/Ort _____
 Geb.: _____ Größe: _____ cm / Gewicht: _____ kg

Vermittler:

ZAHN-/KIEFERBEHANDLUNGEN

1. Ist eine Zahnbehandlung, Zahnersatzbehandlung, Kieferorthopädie oder Parodontosebehandlung geplant, angeraten oder beabsichtigt?
 ja nein

1.1. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

1.2. Wann ist die Behandlung abgeschlossen?

2. Bestehen funktionelle Beschwerden bzw. Erkrankungen des Kauorgans (z.B. Überbiß)?
 ja nein
 Wenn ja, welche?

3. Fehlen Zähne, die nicht ersetzt sind (außer Weisheits-/Milchzähnen oder Lückenschluß)?
 ja nein
 Wenn ja, Anzahl und welche?

4. Besteht Zahnersatz?
 ja nein
 Wenn ja: Welcher Zahnersatz, welche Zahnnummer und Alter des Zahnersatzes?

Zahn/ Zähne							
Monat /Jahr							

5. Sollten Sie die oben genannten Fragen nicht beantworten können, so können Sie auch den unten aufgeführten Zahnstatusbogen von Ihrem Zahnarzt ausfüllen lassen. Kosten können nicht übernommen werden.

Name des Zahnarztes:

7. Derzeitiger Zahnstatus
 o = Zahn ohne krankhaften Befund
 c = kariöser Zahn
 g = gefüllter Zahn
 f = fehlender Zahn
)(= fehlender Zahn, Lücke geschlossen
 x = zu entfernender Zahn
 e = entfernter, bereits ersetzter Zahn
 k = vorhandene Krone oder Stiftkrone
 t = vorhandene Teleskop-/Konuskrone
 tk = vorhandene Teilkrone
 i¹ - i³ = Inlay (einfächig, ...)
 b = vorhandene Brückenglieder

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
g															g
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Ort Datum _____

Unterschrift _____