

Befundbericht für den Ärztlichen Dienst des Gesundheits- und Veterinärarnstes Münster

Patient/Patientin (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)

Die Patientin/der Patient befindet sich seit
regelmäßig gelegentlich nicht in meiner Behandlung.

Letzte Behandlung:

Diagnosen:

Aktuelle Beschwerden und Funktionseinschränkungen:

Aktuelle Therapie:

Physiotherapie

Psychotherapie

Medikation (Medikamente bitte angeben):

sonstige Therapien (z. B. Logopädie, Substitutionsbehandlung):

Hilfsmittel:

Arbeitsunfähigkeit:

längere AU-Zeiten (> 4 Wochen) oder mehr als 5 AU-Fälle innerhalb der letzten 12 Monate

derzeit besteht Arbeitsunfähigkeit

ich gehe davon aus, dass die Arbeitsunfähigkeit länger als 6 Monate andauern wird

Risikofaktoren/Gefährdung durch:

Alkohol

Drogen

Medikamente

Sonstiges:

Spezielle Maßnahmen erforderlich? (Fakultativ):**Rückruf erbeten**

Bitte senden Sie mir Ihr Gutachten/Ihre gutachterliche Äußerung zu.

(Eine Erklärung der Patientin/des Patienten über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht lege ich bei.)

Bitte fügen Sie diesem Befundbericht relevante medizinische Unterlagen (Arztbriefe, Befundberichte, Laborbefunde, Krankenhaus-Entlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Gutachten u. ä.) als Kopie oder im Original bei. Originale werden umgehend zurück gesandt.

Medizinische Unterlagen liegen bei

Ich bitte um Rücksendung der medizinischen Unterlagen

Medizinische Unterlagen können ggf. angefordert werden bei:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift