

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Befundbericht
an den behandelnden Hausarzt / Facharzt**



Praxisstempel / Kontaktdaten Facharzt

Datum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit berichte ich über oben genannten Patienten, der sich im Rahmen des §73c Orthopädievertrages mit dem Krankheitsschwerpunkt **Rückenschmerz** am _____ bei mir in Behandlung befand.

Diagnosen / ICD	
Biopsychosoziale Anamnese	
Somatische Beschwerden:	
Vorerkrankungen / Begleiterkrankungen:	
Berufliche Situation / Perspektive:	
Aktueller Befund	
<u>Orthopädisch:</u> VAS (0-10) / ggf. HKF / weitere	
<u>Neurologisch:</u>	

Technische Befunde	
Röntgen:	
MRT:	
Therapie	
Information und Beratung:	
Nicht medikamentöse Therapie:	
Heil- und Hilfsmittel:	
Medikamente:	
Fallkonferenz notwendig und eingeleitet:	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Empfehlung Sozialer Dienst der AOK / Patientenbegleitung der Bosch BKK (z. B. zur Beratung, Case Management):	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Zielsetzung / Verlaufskontrolle	

Mit freundlichen kollegialen Grüßen