

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 § 140a SGB V Orthopädievertrages mit dem Krankheitsschwerpunkt **Arthrose** am \_\_\_\_\_ bei mir in Behandlung befand.

<b>Diagnosen / ICD</b>	
<b>Biopsychosoziale Anamnese</b>	
Beschwerden:	
Traumata / Voroperationen:	
<b>Aktueller Befund</b>	
Beweglichkeit (Neutral-Null- Methode):	
<b>Technische Befunde</b>	
Röntgen (s. Anlage):	
<b>Therapie</b>	
Information und Beratung:	
Nicht medikamentöse Therapie:	
Medikamente:	

## Zielsetzung / Verlaufskontrolle

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

### Anlage:

#### Radiologische Stadieneinteilung: Arthrosegrad nach Kellgren und Lawrence

- 0 keine radiologischen Zeichen einer Arthrose
- 1 subchondrale **Sklerosierung** – Keine Osteophyten -
- 2 Gelenkspaltverschmälerung – **Osteophytenbildung** -
- 3 Ausgeprägte Osteophytenbildung – **subchondrale Cystenbildung** – Deutliche Unregelmäßigkeit der Gelenkfläche
- 4 Ausgeprägte Gelenkspaltverschmälerung bis zur vollständigen **Destruktion** – Deformierung/Nekrose der Gelenkpartner