



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bevor wir Sie zu Ihrer Krankengeschichte befragen, erlauben Sie bitte, dass wir einige Aspekte auf diesem Fragebogen vorab schriftlich erfragen. Selbstverständlich ist die Beantwortung nicht Pflicht bzw. wird im persönlichen Gespräch näher vertieft. Durch die Angaben erleichtern Sie das stattfindende Gespräch.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil-Nr: \_\_\_\_\_

Nächster Angehöriger, der im Notfall benachrichtigt werden soll.

Name, Vorname, Telefon: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Welche Ärzte sind noch mitbehandelnd: \_\_\_\_\_

Sollen alle behandelnden Ärzte einen Brief erhalten?  ja  nein

Haben Sie eine Patientenverfügung?  ja  nein

Wegen welcher Beschwerden stellen Sie sich vor (nur Stichworte): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Operationen oder Krankenhausaufenthalte (Bitte alle Operationen mit Jahreszahl aufführen z.B. Blinddarm 1960):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Vorerkrankungen

	ja	nein	seit wann?	Bemerkungen:
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kontrastmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sind Allergien bekannt? (z.B. Medikamente, Pflaster): \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein Wieviele pro Tag?: \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_

Haben Sie geraucht?  ja  nein Wieviele pro Tag?: \_\_\_\_\_ von wann: \_\_\_\_\_  
bis: \_\_\_\_\_

### Krankheiten in der Familie

Hatten oder haben Ihre Eltern, Großeltern, Geschwister oder Kinder eine Erkrankung wie z.B. Bluthochdruck, Krebs, Zucker o.ä. ?

Wer? \_\_\_\_\_ Was? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Medikamenteneinnahme

Präparat (Handelsname)	morgens	mittags	abends	nachts	seit wann Monat/Jahr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ich erkläre mich einverstanden mit der Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und Befunde an befugte mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken und Einrichtungen, soweit dies der Optimierung von Diagnostik und Therapie dient.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### Angabe freiwillig:

Die Onkologische Praxis Dr. Maintz, Dr. Hinske und Michael Bendel darf folgenden Personen bzw. Familienmitgliedern Auskunft über meine Erkrankung und meinen Aufenthalt in der Praxis geben:

1. Person \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

2. Person \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_