



MVZ West GmbH Würselen
Hämatologie und Onkologie

Mauerfeldchen 72
52146 Würselen
Telefon 02405 4892-0
Mobil 0171 42 60 993
Telefax 02405 4892-20
praxis@aachen-onkologie.de
www.aachen-onkologie.de

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 MVZ West GmbH Würselen 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 _____