

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir Sie zu Ihrer Krankheitsgeschichte 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.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie eine Patientenverfügung?      Nein       Ja

Nächster Angehöriger, der im Notfall benachrichtigt werden soll:

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

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

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

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

Sollen alle behandelnden Ärzte einen Brief erhalten?      Nein       Ja

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ihre Vorerkrankungen:**

Seit wann?

Bemerkungen:

|                           |                          |      |                          |    |       |       |
|---------------------------|--------------------------|------|--------------------------|----|-------|-------|
| Herzinfarkt               | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | _____ | _____ |
| sonstige Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | _____ | _____ |
| Schlaganfall              | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | _____ | _____ |
| Bluthochdruck             | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | _____ | _____ |
| Zuckerkrankheit           | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | _____ | _____ |
| Magengeschwüre            | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | _____ | _____ |
| Krebserkrankungen         | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | _____ | _____ |
| Nierenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | _____ | _____ |
| Lebererkrankungen         | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | _____ | _____ |
| Schilddrüsenkrankungen    | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | _____ | _____ |

Allergien/Unverträglichkeiten    Penicillin     Nein     Ja  
 Kontrastmittel     Nein     Ja  
 Andere\*     Nein     Ja

\*Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?     Nein     Ja    Wie viele? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Wenn nein, haben Sie früher geraucht?     Nein     Ja    Wie viele? \_\_\_\_\_  
 Vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ Lebensjahr

**Familiäre Vorgeschichte**

Haben oder hatten Eltern, Großeltern, Geschwister oder Kinder eine Erkrankung wie z. B. Bluthochdruck, Krebs, Zucker o. a.?

| Erkrankung | Welcher Angehöriger? | Erkrankungsalter |
|------------|----------------------|------------------|
|            |                      |                  |
|            |                      |                  |
|            |                      |                  |
|            |                      |                  |

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**     Nein     Ja

| Medikament | Wie oft? | Seit wann? |
|------------|----------|------------|
|            |          |            |
|            |          |            |
|            |          |            |
|            |          |            |
|            |          |            |
|            |          |            |

**Wurden Sie bereits schon einmal operiert?**

| Krankenhaus | Erkrankung | Wann? |
|-------------|------------|-------|
|             |            |       |
|             |            |       |
|             |            |       |
|             |            |       |

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.

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Patient/in

**Angabe freiwillig**

Die Onkologische Praxis 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Patient/in