

Matthias Groschek

Steinfeldstr.7 - 52222 Stolberg
Tel. 02402-7668829, Fax 02402-7668827

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir Sie zu Ihrer Krankengeschichte befragen, erlauben Sie, 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				
sonstige Herzerkrankungen				
Schlaganfall				
Bluthochdruck				
Zuckerkrankheit				
Magengeschwüre				
Krebserkrankungen				
Nierenerkrankungen				
Lebererkrankungen				
Schilddrüsenerkrankungen				
Kontrastmittelallergie				
sonstige Erkrankungen				

Sind Allergien bekannt? (z.B. Medikamente, Pflaster) _____

Rauchen Sie? nein ja..... Wieviele?: _____
 seit wann: _____
Haben Sie geraucht? nein ja..... von wann: _____
 bis wann: _____
 Wieviele?: _____

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

Erklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

Ich erkläre mich einverstanden mit der Verarbeitung, Anforderung 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 Onkologisch/Haematologische Praxis - M. Groschek - darf folgenden Personen bzw. Familienmitgliedern Auskunft über meine Erkrankung und meinen Aufenthalt in der Praxis geben:

1. Name _____
Anschrift _____
2. Name _____
Anschrift _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____